ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΔΙΔΑΚΤΙΚΕΣ ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟΥ

ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ

Φραγκιαδάκης Γιώργος[†]

[†] Υπ. Διδάκτωρ Οικονομικών της Υγείας Πολυτεχνείου Κρήτης, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας, MA Χρηματοοικονομικά και Επενδύσεις, Πτυχιούχος Λογιστικής και Χρηματοοικονομικής Διοίκησης.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τα υγειονομικά συστήματα, σε ολόκληρο τον σύγχρονο κόσμο, αντιμετωπίζουν σημαντικές οικονομικές δυσκολίες και προβλήματα εξαιτίας του διαρκώς αυξανόμενου κόστους για την υγεία. Ο υγειονομικός τομέας σήμερα απορροφά σημαντικούς οικονομικούς πόρους στις ανεπτυγμένες χώρες όπως φαίνεται από τα στοιχεία του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) και άλλων διεθνών οργανισμών. Δεδομένου όμως ότι οι διαθέσιμοι πόροι είναι σπάνιοι και πεπερασμένοι, είναι προφανές ότι δεν είναι δυνατή η ικανοποίηση όλων των αναγκών και κατά συνέπεια είναι απαραίτητες οι επιλογές. Στις επιλογές αυτές και κατά συνέπεια στις προτεραιότητες τις οποίες οφείλει να θέτει το άτομο ή η κοινωνία ως σύνολο, μπορεί να συνδράμει η οικονομική επιστήμη η οποία μπορεί να αποκαλύπτει κάθε φορά το οικονομικό κόστος και τα οφέλη τα οποία απορρέουν από αυτές τις επιλογές.

Τα οικονομικά της υγείας είναι ένας σχετικά πρόσφατος κλάδος της οικονομικής επιστήμης ο οποίος ασχολείτο με τη μελέτη των μηχανισμών παραγωγής, διανομής και κατανάλωσης αγαθών και υπηρεσιών υγείας και την αναζήτηση της άριστης κατανομής των σπάνιων πόρων για την ικανοποίηση των αναγκών υγείας, προς όφελος του κοινωνικού συνόλου.

Υπό το πρίσμα αυτό, η πρόθεση αυτού του διδακτικού υλικού και ο στόχος της συγκεκριμένης θεματικής ενότητας είναι να ενημερώσει τους εκπαιδευόμενους για το περιεχόμενο των οικονομικών της υγείας κατανοώντας τους βασικούς προσδιοριστικούς παράγοντες των οικονομικών της υγείας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ι. ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ

Ενότητα Ι.1 – Η επιστήμη των Οικονομικών της Υγείας

Τα **οικονομικά της υγείας** (health economics) ενδιαφέρονται πρωταρχικά για τις επιλογές στην παραγωγή, την κατανομή και χρησιμοποίηση της φροντίδας της υγείας. Είναι η επιστήμη η οποία ασχολείται με την αξιοποίηση των σπάνιων πόρων στο χώρο της υγείας και εμφανίστηκε τη στιγμή κατά την οποία έγινε αντιληπτή η ανισορροπία μεταξύ των διαθέσιμων υλικών και ανθρώπινων πόρων για την παραγωγή φροντίδων υγείας και των αποτελεσμάτων στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

Η αύξηση των δαπανών υγείας (health expenditure) απετέλεσε τον κύριο λόγο ενασχόλησης της οικονομικής επιστήμης με τον υγειονομικό τομέα. Το ίδιο φαινόμενο παρατηρείται σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες, ως απόρροια της βελτίωσης του βιοτικού επιπέδου, της αύξησης της διάρκειας ζωής και της ανάπτυξης της βιομηχανίας παραγωγής ιατρικής τεχνολογίας. Επιπλέον, θεωρητικό υπόβαθρο της οικονομικής διάστασης που δόθηκε στον υγειονομικό τομέα αποτέλεσε η ευρείας αποδοχής αντίληψη τα τελευταία χρόνια, ότι το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ανάπτυξη της οικονομίας.

Έχοντας στην εξέλιξη της ξεπεράσει την αρχική της ταύτιση με τη μελέτη της διαχείρισης των σπάνιων πόρων στον υγειονομικό τομέα, η επιστήμη των οικονομικών της υγείας επεκτάθηκε:

α) στον εντοπισμό των αιτιολογικών παραγόντων που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού,

β) στη διερεύνηση των κοινωνικοοικονομικών επιπτώσεων της ασθένειας,

γ) στην οργάνωση και χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας.

Ως εκ τούτου, τα οικονομικά της υγείας είναι απαραίτητα στη πολιτική υγείας (health policy), η οποία τα τελευταία χρόνια αντιμετωπίζει ολοένα και περισσότερο σύνθετα προβλήματα διαμόρφωσης ενός επαρκούς μίγματος φροντίδας υγείας για τους πολίτες.

Ενότητα Ι.2 – Γενικό πλαίσιο Οικονομικών της Υγείας

Η μελέτη των οικονομικών της υγείας περιλαμβάνει την εφαρμογή πολλών μικρών μικροοικονομικών εργαλείων, όπως η θεωρία της ζήτησης και του κόστους με σκοπό τη προώθηση της καλύτερης κατανόησης της οικονομικής πλευράς των προβλημάτων της περίθαλψης, ώστε να είναι εφικτός ο σχεδιασμός και η επεξεργασία εναλλακτικών προτάσεων και διορθωτικών πολιτικών για τις υπηρεσίες υγείας. Κατά συνέπεια, η πλήρης κατανόηση της μικροοικονομικής ανάλυσης είναι σημαντική για τη διεξαγωγή αξιόπιστων οικονομικών αναλύσεων για την υγεία και τις υπηρεσίες υγείας.

Τα εργαλεία των οικονομικών της υγείας έχουν επίσης ευρεία εφαρμογή σε πολλά θέματα και προβλήματα κοινωνικού και οικονομικού χαρακτήρα τα οποία σχετίζονται με την υγεία και την περίθαλψη. Για παράδειγμα, η οικονομική ανάλυση μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη διερεύνηση των παραμέτρων οι οποίες επιδρούν στη διαμόρφωση του **επιπέδου υγείας**, καθώς επίσης και για τις διαφορές στα σχετικά μεγέθη μεταξύ αναπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών.

- Η έννοια και ο ορισμός των Οικονομικών της υγείας

Ακόμη, οι τεχνικές και οι μέθοδοι της οικονομικής αξιολόγησης χρησιμοποιούνται για τη λήψη μια οικονομικά επιθυμητής απόφασης, η οποία σχετίζεται με την υιοθέτηση ή την απόρριψη ενός **υγειονομικού προγράμματος** ή επίσης για τη δημιουργία ή μη επιχειρήσεων υγείας ώστε να επιτευχθούν τα επιδιωκόμενα οικονομικά και κοινωνικά οφέλη.

Παρόλο που ο εννοιολογικός προσδιορισμός των οικονομικών της υγείας είναι δυσχερής ωστόσο ένας ευρύς αλλά συμβατικός ορισμός των οικονομικών της υγείας θεωρεί ότι είναι:

«το επιστημονικό πεδίο μελέτης της προσφοράς και της ζήτησης των πόρων της ιατρικής περίθαλψης και της επίδρασης τους στον πληθυσμό».

Υπό την έννοια αυτή, τα οικονομικά της υγείας σχετίζονται με τον προσδιορισμό και τη διάθεση σπάνιων υγειονομικών πόρων, πράγμα το οποίο είναι λογικό και προφανές,

δεδομένου ότι με τον τρόπο αυτό εξασφαλίζονται ιατρικά αγαθά και υπηρεσίες για την κάλυψη των αναγκών υγείας.

Ποιοι είναι οι σπάνιοι υγειονομικοί πόροι που εξασφαλίζουν ιατρικά αγαθά και υπηρεσίες;

Οι υγειονομικοί πόροι αποτελούνται από τους ανθρώπινους, υλικούς και οικονομικούς πόρους οι οποίοι διατίθενται για την παραγωγή και διανομή της ιατρικής περίθαλψης, όπως για παράδειγμα:

α) το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό

β) τα φαρμακευτικά σκευάσματα και το υγειονομικό υλικό

γ) τις εισροές κεφαλαίου, όπως οι εγκαταστάσεις των νοσοκομείων και ο διαγνωστικός και θεραπευτικός εξοπλισμός.

Η υγεία και η φροντίδα υγείας αποτελούν κυρίαρχο πολιτικό και οικονομικό ζήτημα σε πολλές χώρες επειδή η υγειονομική δαπάνη αυξάνεται με ταχείς ρυθμούς τις τελευταίες δεκαετίες και ως εκ τούτου δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι τα οικονομικά της υγείας αναδύονται ως σημαντικό και διακριτό αντικείμενο στο εσωτερικό της οικονομικής επιστήμης.

Στα πλαίσια αυτά η επιδίωξη των οικονομολόγων της υγείας είναι να καταδειχθεί το εύρος και η σημασία του τομέα της υγείας με τη χρησιμοποίηση διάφορων μετρήσεων των μεγεθών και της υγειονομικής ανάπτυξης προκειμένου να αναδυθεί η σημασία της οικονομίας της υγείας στη διαμόρφωση των εθνικών πολιτικών υγείας.

II. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Ενότητα ΙΙ.1 – Η έννοια της Οικονομικής Αξιολόγησης

Η οικονομική αξιολόγηση και η αποδοτικότητα του συστήματος υγείας αποτελούν σήμερα την ουσιαστική θεωρητική προσέγγιση των οικονομικών της υγείας, ενώ η αναγκαιότητα μελέτης της κρίνεται ως ιδιαίτερης σημασίας στο σύγχρονο οικονομικό περιβάλλον με τα τεράστια δημοσιονομικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι χώρες του δυτικά ανεπτυγμένου κόσμου.

Η οικονομική αξιολόγηση προσδιορίζει, στην ουσία, την αποδοτικότητα ενός συστήματος, ενός προγράμματος ή μιας παρέμβασης και είναι η σχέση κόστους οφέλους, όπου το κόστος είναι η νομισματική αξία των χρησιμοποιούμενων εισροών για την πραγματοποίηση μιας διαδικασίας και το όφελος είναι οι εκροές όσο και τα αποτελέσματα (Διάγραμμα 2.1).

Ειδικότερα οικονομική αξιολόγηση ονομάζεται η συγκριτική ανάλυση των εναλλακτικών ιατρικών μέτρων και προγραμμάτων υγείας σε σχέση με τα κόστη τους, μετρούμενα σε χρηματικές μονάδες, και τα αποτελέσματά τους, μετρούμενα σε χρηματικές ή φυσικές μονάδες (π.χ. επιπλέον χρόνια ζωής).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.1: Οικονομική Αξιολόγηση

ΚΟΣΤΟΣ		**ΟΦΕΛΟΣ**
Εισροές του συστήματος Υγείας	Προγράμματα – Διαδικασίες παρέμβασης στη λειτουργία του συστήματος υγείας	Εκροές ή Αποτελέσματα της παραγωγικής λειτουργίας του συστήματος Υγείας

Πηγή: Σούλης, (1999)[‡]

[‡] Σούλης Σ., (1999), «Οικονομική της Υγείας», εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.

Ενότητα ΙΙ.2 – Μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης

Οι κύριες μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης έχουν αναλυθεί από τον Drummond και είναι οι ακόλουθες:

1. Ανάλυση κόστους – ωφέλειας (cost – benefit analysis, CBA)
2. Ανάλυση κόστους – αποτελεσματικότητας (cost effectiveness, CEA)
3. Ανάλυση κόστους – χρησιμότητας (cost utility, CUA)
4. Ανάλυση ελαχιστοποίησης κόστους (cost minimization)

Οι πρώτες δύο μέθοδοι μπορούν να υπολογίσουν την τεχνική αποδοτικότητα παρεμβάσεων και προγραμμάτων υγείας, ενώ η τρίτη και η τέταρτη τόσο την τεχνική αποδοτικότητα όσο και την αποδοτικότητα κατανομής. Η μέτρηση του κόστους είναι παρόμοια, ανεξάρτητα από το είδος ανάλυσης που πραγματοποιείται, ενώ η μέτρηση των αποτελεσμάτων υγείας γίνεται με διαφορετικό τρόπο σε κάθε μέθοδο (Οικονόμου, 2007)[§]. Στον πίνακα 1 συνοψίζονται τα χαρακτηριστικά των τεσσάρων μορφών οικονομικής αξιολόγησης. Βασική τους διαφορά είναι ότι χρησιμοποιούνται διαφορετικές μονάδες μέτρησης των αποτελεσμάτων της εκάστοτε παρέμβασης.

! Μέθοδοι πλήρους οικονομικής αξιολόγησης

Στις αναλύσεις **Κόστους – αποτελεσματικότητας**, η μονάδα μέτρησης της αποτελεσματικότητας είναι οι φυσικές μονάδες μέτρησης όπως π.χ. τα διασωθέντα έτη ζωής ή οι επιτυχώς θεραπευθείς περιπτώσεις. Το μεγάλο πλεονέκτημα της ανάλυσης κόστους – αποτελεσματικότητας έγκειται στο ότι η ανθρώπινη ζωή και τα υγειονομικά αποτελέσματα δεν αποτιμώνται σε χρήμα. Αν και η ανάλυση κόστους αποτελεσματικότητας επιτρέπει στους ερευνητές να εξετάζουν το κόστος ανά μονάδα υγειονομικού αποτελέσματος. Μόνο συστήματα, τεχνολογίες, προγράμματα ή υπηρεσίες των οποίων οι εκροές μετρώνται με τις ίδιες φυσικές μονάδες μπορούν συγκριθούν.

Το μειονέκτημα αυτό της ανάλυσης κόστους αποτελεσματικότητας καλύπτει η **ανάλυση κόστους χρησιμότητας** κατά την οποία δεν μετρώνται απλώς τα χρόνια ζωής που διασώθηκαν αλλά μετράτε η χρησιμότητα ή η αξία των ετών ζωής. Οι επιπτώσεις

[§] Οικονόμου Ν.Α., Τούντας Γ., «Αξιολόγηση της αποδοτικότητας στον χώρο της υγείας», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2007, 24(1):34-47

μετρώνται αναφορικά με τη ποιότητα ή τη χρησιμότητα τους (σαφώς μη χρηματική αποτίμηση). (Καριώτης, 1992)[**]

Στις αναλύσεις **Κόστους – Οφέλους**, το όφελος μιας θεραπευτικής παρέμβασης μετατρέπεται σε χρηματικές μονάδες ενώ στις αναλύσεις Ελαχιστοποίησης του Κόστους συγκρίνονται τα κόστη σε χρηματικές μονάδες θεραπειών που έχουν ίση αποτελεσματικότητα. Στην ανάλυση κόστους ωφελειών όλα τα είδη κόστους και οι επιπτώσεις εκφράζονται σε χρήμα, γεγονός που επιτρέπει συγκρίσεις ανόμοιων π.χ. θεωρητικά είναι δυνατή η σύγκριση της κατασκευής ενός νοσοκομείου με τη κατασκευή ενός λιμένα. Το μεγάλο μειονέκτημα της ανάλυσης κόστους οφέλους είναι ότι δεν είναι εύκολη η αποτίμηση κάποιων επιπτώσεων σε χρήμα, όπως π.χ. η μεταβολή της ποιότητας ζωής, με αποτέλεσμα οι επιπτώσεις αυτές να παραλείπονται από την ανάλυση αυτή. (Σουλιώτης, 2006)[††]

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 – Ομοιότητες και διαφορές τεχνικών οικονομικής αξιολόγησης

Τεχνική Ανάλυσης	Εισροές	Εκροές	Σκοπός	Πλεονεκτήματα - Μειονεκτήματα
Ανάλυση κόστους οφέλους	Χρηματικές μονάδες	Χρηματικές μονάδες	Σύγκριση παρεμβάσεων του υγειονομικού τομέα και με άλλους τομείς	• Μπορούν να συγκριθούν παρεμβάσεις σε διαφορετικούς τομείς • Δυσκολία στη μετατροπή αποτελεσμάτων σε χρηματικές μονάδες
Ανάλυση κόστους αποτελεσματικότητας	Χρηματικές μονάδες	Φυσικές μονάδες (π.χ. κερδισμένα έτη ζωής, έτη ανικανότητας που αποφεύγονται κ.λ.π.)	Σύγκριση του κόστους διαφορετικών παρεμβάσεων σε κοινές μονάδες εκροών	• Συγκρίνονται μόνο θεραπευτικές παρεμβάσεις με όμοιες συνέπειες
Ανάλυση κόστους χρησιμότητας	Χρηματικές μονάδες	Ποσοτικοί και ποιοτικοί όροι π.χ. κερδισμένα έτη ζωής ποιοτικά (QALYs)	Σύγκριση παρεμβάσεων με βάση το κόστος ανά μονάδα κερδισμένης χρησιμότητας	• Μπορούν να συγκριθούν παρεμβάσεις σε διαφορετικά κλινικά επίπεδα
Ανάλυση ελαχιστοποίησης του κόστους	Χρηματικές μονάδες	Λειτουργεί με βάση τη παραδοχή ότι είναι συγκρινόμενες παρεμβάσεις έχουν τεκμηριωμένα ίση αποτελεσματικότητα	Αξιολόγηση του προσδοκώμενου αποτελέσματος με το μικρότερο δυνατό κόστος	• Απλή μεθοδολογία • Απαιτείται οι παρεμβάσεις να έχουν ίση αποτελεσματικότητα

[**] Καριώτης Π., «Management Υπηρεσιών υγείας & Βιοϊατρική Τεχνολογία», εκδόσεις euroclinica, Αθήνα, 1992
[††] Σουλιώτης Κ., «Πολιτική και Οικονομικά της Υγείας», Εκδόσεις Παπαζήση, 2006

Οι κύριες μέθοδοι μερικής οικονομικής αξιολόγησης είναι οι εξής (Οικονόμου, 2007):

- η *περιγραφή κόστους* (cost description) περιγράφει μόνο τα κόστη ενός ιατρικού μέτρου, προγράμματος ή μιας υπηρεσίας υγείας,
- η *περιγραφή αποτελεσμάτων* (outcome description) περιγράφει μόνο τα αποτελέσματά τους, χωρίς να προβαίνουν σε συγκρίσεις με άλλες εναλλακτικές παρεμβάσεις και
- η *περιγραφή κόστους και αποτελεσμάτων* (cost outcome description) περιγράφει τόσο τα κόστη όσο και τα αποτελέσματα του συγκεκριμένου μέτρου, προγράμματος ή υπηρεσίας.

! Μέθοδοι μερικής οικονομικής αξιολόγησης

Συναφείς με τις μελέτες απλής περιγραφής αποτελεσμάτων **είναι οι επιδημιολογικές μελέτες αξιολόγησης της κλινικής αποτελεσματικότητας** (π.χ. προοπτικές και αναδρομικές έρευνες) και έχουν ως εξής:

- Η *σύγκριση κόστους* (cost comparison) είναι η συγκριτική ανάλυση του κόστους εναλλακτικών ιατρικών μέτρων και προγραμμάτων υγείας, αλλά όχι των συνεπειών τους. Η σύγκριση κόστους μπορεί να επεκταθεί και σε υπηρεσίες και οργανισμούς.

- Η *ανάλυση κόστους ασθένειας* (cost of illness analysis) στοχεύει στον προσδιορισμό και τη μέτρηση του συνολικού κόστους με το οποίο επιβαρύνεται η κοινότητα από μια συγκεκριμένη ασθένεια (κόστος ασθένειας), δηλαδή το κόστος που συνδέεται όχι μόνο με τη θεραπεία της ασθένειας – ιατρικές πράξεις και προγράμματα υγείας που εφαρμόζονται– αλλά και με την ίδια την ασθένεια. Το κόστος ασθένειας συμπεριλαμβάνει το άμεσο κόστος ασθένειας που επιβαρύνει τις υπηρεσίες υγείας, το κράτος και τα ασφαλιστικά ταμεία για την αντιμετώπιση της ασθένειας (π.χ. για μισθούς εξειδικευμένου προσωπικού, τεχνολογικό εξοπλισμό, διαγνωστικά και θεραπευτικά μέσα), το άμεσο συμπληρωματικό κόστος**,** δηλαδή το πρόσθετο κόστος που καταβάλλουν οι ίδιοι οι ασθενείς (π.χ. συμμετοχή στην αγορά φαρμάκων) και το έμμεσο κόστος ασθένειας, που αφορά στη χρηματική αξία των ζημιών των ασθενών και των οικογενειών τους λόγω της αποχής τους από την εργασία και των ζημιών των επιχειρήσεων, της κοινωνίας και του γενικότερου

οικονομικού-παραγωγικού συστήματος από την απώλεια παραγωγής λόγω της ασθένειας.

- Στις παραπάνω μορφές κόστους θα μπορούσε να προστεθεί και το *κρυφό κόστος* (intangible cost), που αφορά στον πόνο, τη δυσανεξία, την υποβάθμιση της ποιότητας ζωής των ασθενών και τις ψυχικές και κοινωνικές επιπτώσεις στους ασθενείς και το κοινωνικό τους περιβάλλον εξαιτίας της ασθένειας.

Ενότητα ΙΙ.3 – Δείκτες οικονομικών της Υγείας

Οι δείκτες είναι συνήθως τα βασικά εργαλεία για την πραγματοποίηση της αξιολόγησης. Είναι, θα λέγαμε μεταβλητές που βοηθούν στη μέτρηση των αλλαγών. Το ποιοι δείκτες πρέπει να χρησιμοποιούνται κάθε φορά εξαρτάται από το αντικείμενο της αξιολόγησης. Αν το αντικείμενο της αξιολόγησης είναι το αποτέλεσμα ενός προγράμματος σε σχέση με τη βελτίωση του επιπέδου υγείας ενός παιδικού πληθυσμού, χρησιμοποιούμε τους δείκτες μέτρησης αλλαγής του επιπέδου υγείας, όπως το επίπεδο διατροφής, την ικανότητα εκμάθησης, το βαθμό νοσηρότητας κατά ασθένεια και το βαθμό αναπηρίας ενός πληθυσμού.

Οι δείκτες πρέπει να χαρακτηρίζονται από τέσσερα στοιχεία:

- ✓ **Εγκυρότητα**
- ✓ **Αξιοπιστία**
- ✓ **Ευαισθησία**
- ✓ **Εξειδίκευση**

Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να μπορούν να μετράνε με σαφήνεια το προσδιορισμένο αντικείμενο, να παρέχουν το ίδιο αποτέλεσμα ανεξάρτητα από τους ερευνητές που τους χρησιμοποιούν, να είναι ευαίσθητοι στις τυχόν πραγματοποιούμενες αλλαγές των υπό μελέτη φαινόμενων και καταστάσεων και να υπάρχει η δυνατότητα μέτρησης μιας αλλαγής της συγκεκριμένης κατάστασης που έχουμε οριοθετήσει για μελέτη.

Το ενδιαφέρον των οικονομολόγων οριοθετείται στο επίπεδο παραγωγής των υπηρεσιών υγείας και την απόδοση των ιατρικών τμημάτων. Είναι πολύ σημαντικό για τη μέτρηση των αλλαγών που προγραμματίζουμε να πετύχουμε τελικά να μετράμε τόσο τους δείκτες υγείας όσο και τις παραγωγικές δυνατότητες των υπηρεσιών υγείας.

Η κατάταξη των δεικτών αξιολόγησης γίνεται σε δυο επίπεδα, το μάκρο-οικονομικό επίπεδο και το μίκρο-οικονομικό επίπεδο. Οι δείκτες που αφορούν στο μακρο οικονομικό επίπεδο παρέχουν δυνατότητες μέτρησης και σύγκρισης σε διεθνές, εθνικό, περιφερειακό ή τομεακό επίπεδο και ενδιαφέρουν συνήθως τα ανώτατα κλιμάκια των υπουργείων υγείας για τη χάραξη της πολιτικής υγείας της χώρας. Για παράδειγμα τέτοιοι δείκτες μπορεί να είναι:

- Αναλογία κλινών/κατοίκων
- Περιφερειακή κατανομή Νοσοκομείων κλινών γενικά
- Σύνολο απασχολούμενων επαγγελματιών υγείας (Αναλογία απασχολούμενων / κλίνες)
- Ιατρικό παραϊατρικό προσωπικό (Αναλογία ιατρών/κλίνες)
- Δαπάνες υγείας στο ΑΕΠ
- Δαπάνες υγείας/κάτοικο
- Δείκτες θνησιμότητας ανά ηλικία/ ανά επάγγελμα / ανά κατηγορία νόσου
- Δείκτες ποιότητας ζωής

Ενότητα ΙΙ.4 – Γενικό πλαίσιο δεικτών μέτρησης των Υπηρεσιών Υγείας

Ανάλογα με τις υπό αξιολόγηση υπηρεσίες υγείας, το είδος της επιδιωκόμενης αξιολόγησης και τις δυνατότητες που διατίθενται, επιλέγονται και οι αντίστοιχοι δείκτες από ένα μεγάλο αριθμό δεικτών που χρησιμοποιούνται στο χώρο της υγείας. Οι κυριότεροι τύποι δεικτών είναι:

· ***Δείκτες εισροών*** (απλοί ποσοτικοί δείκτες, όπως ο αριθμός των ιατρών, των νοσηλευτών, δείκτες ποιότητας των εισροών, όπως η εκπαίδευση του προσωπικού, δείκτες επάρκειας, όπως ο αριθμός κλινών ανά 1000 κατοίκους, γεωγραφικής προσπελασιμότητας, όπως το ποσοστό του πληθυσμού που βρίσκεται κοντά

σε μια υπηρεσία υγείας κ.ά.)

· ***Δείκτες αξιολόγησης ενδιάμεσων διαδικασιών*** (π.χ. αξιοπιστίας διαγνωστικών εξετάσεων, ικανοποίησης ασθενών, αρτιότητας ιατρικών τεχνικών, χρόνου αναμονής)

· ***Δείκτες ενδιάμεσων εκροών*** (π.χ. απλοί δείκτες επαφών ή χρήσης υπηρεσιών, όπως ο αριθμός εισαγωγών, σύνθετοι δείκτες χρησιμοποίησης, όπως η μέση διάρκεια νοσηλείας, δείκτες εργαστηριακών εξετάσεων ή προϊόντων, όπως ο αριθμός χειρουργικών πράξεων ανά ειδικότητα το χρόνο)

· ***Δείκτες αποτελέσματος και υγείας πληθυσμού*** (δείκτες νοσηρότητας, θνητότητας, θνησιμότητας και σύγχρονοι δείκτες ευεξίας, δείκτες αποτελεσματικότητας, όπως η σχετική αποτελεσματικότητα, και δείκτες ανεπιθύμητων ενεργειών κ.ά.)

· ***Δείκτες αποδοτικότητας*** (δείκτες μακρο-αξιολόγησης, όπως η τεχνική αποδοτικότητα, δείκτες οικονομικής αξιολόγησης, όπως ο λόγος κόστους-αποτελεσματικότητας κ.ά.)

· ***Σύνθετοι κοινωνικοοικονομικοί δείκτες*** (π.χ. εισόδημα, κατοικία, συνθήκες εργασίας)

· ***Δείκτες πολιτικής υγείας*** (πολιτικών επιλογών, κατανομής πόρων, οργανωτικού πλαισίου κ.ά.).

Πολλοί από τους παραπάνω δείκτες εισροών, διαδικασιών, ενδιάμεσων εκροών και αποτελεσμάτων έχουν ποιοτική διάσταση και θα μπορούσαν να θεωρηθούν δείκτες ποιότητας σύμφωνα με τον ευρύτερο ορισμό της ποιότητας. Οι κυριότεροι δείκτες που χρησιμοποιούνται στις υπηρεσίες υγείας ανά τομέα και επίπεδο αξιολόγησης έχουν ως εξής:

Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

– ***Δείκτες εισροών***. Αξιολογούνται με κατάλληλους δείκτες επάρκειας το επιστημονικό προσωπικό, ο διαθέσιμος χώρος αναμονής επισκεπτών, η ύπαρξη των απαραίτητων διαγνωστικών μέσων, ο διαθέσιμος χώρος εξέτασης κ.ά.

– ***Δείκτες εκροών.*** Πιο συγκεκριμένα, αξιολογείται:

· **Η πρόσβαση**, η οποία προσδιορίζεται με δείκτες επαφών, όπως είναι ο αριθμός επισκέψεων στην υπηρεσία ή σε επαγγελματίες υγείας ανά πληθυσμό ευθύνης, το ποσοστό του πληθυσμού που δεν ήρθε σε επαφή με γιατρό στη διάρκεια του χρόνου κ.ά.

· **Το φάσμα και το είδος των υπηρεσιών**, με δείκτες συνταγογραφίας, όπως είναι ο αριθμός των ιατρικών συνταγών ανά πληθυσμό ή ανά υπηρεσία ή ανά γιατρό, και με δείκτες εργαστηριακών εξετάσεων, όπως είναι ο αριθμός των εκτελούμενων ιατρικών εξετάσεων ανά πληθυσμό ή ανά υπηρεσία.

Άλλοι δείκτες αξιολογούν τις υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

– ***Δείκτες αξιολόγησης ενδιάμεσων διαδικασιών*** (π.χ. ικανοποίησης των ασθενών, μη αναγκαίων παραπομπών σε νοσοκομεία, λίστες αναμονής)

– ***Δείκτες αποδοτικότητας*** (δείκτες παραγωγικότητας, τεχνική αποδοτικότητα κ.λπ.)

–***Δείκτες αποτελεσματικότητας,*** που προκύπτουν με βάση δείκτες υγείας του πληθυσμού (π.χ. σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής) ή με ειδικές έρευνες.

Δείκτες Νοσοκομειακής φροντίδας υγείας

– ***Δείκτες εισροών.*** Αξιολογούνται, μέσω κατάλληλων δεικτών, οι υποδομές του νοσοκομείου (π.χ. κάτοικοι ανά νοσηλευτικό κρεβάτι), η στελέχωσή του (π.χ. ιατροί ή νοσηλευτές ανά κλίνη), η χρηματοδότησή του, η εκπαίδευση του προσωπικού, οι ώρες εργασίας, η αντικατάσταση ιατρικού εξοπλισμού κ.λπ.

– ***Δείκτες εκροών.*** Χρησιμοποιούνται δείκτες χρήσης (π.χ. οι εισαγωγές ανά 10.000 κατοίκους ανά έτος, η μέση διάρκεια νοσηλείας, η μέση εκατοστιαία κάλυψη νοσηλευτικών κρεβατιών, ο δείκτης ροής ασθενών, ο χρόνος αδράνειας κρεβατιού ανά κρεβάτι ή ανά εξιτήριο), δείκτες εργαστηριακών εξετάσεων και δείκτες ενδιάμεσων προϊόντων (π.χ. χειρουργικές επεμβάσεις και φάρμακα ανά ασθενή, αριθμός επεμβατικών πράξεων ανά ιατρό ή νοσηλευτή)

– ***Δείκτες ενδιάμεσων διαδικασιών*** (π.χ. δείκτες ικανοποίησης ασθενών, νοσοκομειακών λοιμώξεων, μη προγραμματισμένων επανεισαγωγών) – *Δείκτες αποδοτικότητας* του νοσοκομείου (δείκτες οικονομικής αξιολόγησης, παραγωγικότητας, κόστους μονάδας, τεχνική αποδοτικότητα, αποδοτικότητα κατανομής κ.λπ.)

– ***Δείκτες αποτελεσματικότητας***, που προκύπτουν με βάση δείκτες υγείας του πληθυσμού ή ειδικές έρευνες.



Ενότητα ΙΙ.5 –Παρουσίαση δεικτών σε μικρο-επίπεδο (νοσοκομείου)

Οι δείκτες όμως που θα μας απασχολήσουν έχουν σχέση με την αξιολόγηση της παραγωγής των υπηρεσιών υγείας και των επιμέρους τμημάτων. Με άλλα λόγια, οι δείκτες αξιολόγησης σε μίκρο-επίπεδο. Πιο συγκεκριμένα, έχουμε τα εξής:

Δείκτες εισροών και επάρκειας

α. Υλικοί Πόροι

- Αριθμός κλινών
- Αριθμός κλινών ανά τμήμα
- Αριθμός κλινών Μ.Ε.Θ.
- Αριθμός ακτινολογικών Μηχ/των
- Αριθμός αξονικών Α,Β,Γ γενιάς
- Μονάδες τεχνητού Νεφρού

β. Ανθρώπινοι Πόροι

- Απασχολούμενοι / κλίνη
- Γιατροί / κλίνη
- Νοσηλευτές / κλίνη
- Διοικητικοί / κλίνη
- Τεχνικοί / κλίνη
- Ξενοδοχειακό προσωπικό / κλίνη
- Γιατροί ή Νοσηλευτές / κατηγορία κλίνης (Παθολογική, Χειρουργική κλπ)

γ. Οικονομικοί Πόροι

- Συνολικό κόστος νοσοκομείου
- Σταθερό κόστος νοσοκομείου
- Μεταβλητό κόστος νοσοκομείου
- Μέσο κόστος ανά ασθενή
- Οριακό κόστος
- Ημερήσιο κόστος ανά ασθενή
- Μέσο κόστος περιστατικών ανά κατηγορία νόσου
- Κόστος προσωπικού – μισθοδοσίας

- Κόστος αναλωσίμων

Δείκτες εκροών – λειτουργικότητας – παραγωγικότητας

α. **Απλοί Δείκτες**

- Συνολικές Ημέρες Νοσηλείας
- Αριθμός Εισαγωγών – Νοσηλευθέντων
- Μ.Δ.Ν (Μέση Διάρκεια Νοσηλείας)
- Μέση κάλυψη κλινών
- Μέση αδράνεια κλίνης

β. Σύνθετοι Δείκτες

- Δείκτες παραγωγικότητας
- Δείκτες αποδοτικότητας
- Δείκτες λειτουργικότητας

γ. Δείκτες Αποδοτικότητας

- Σχέση εισροών / αποτελέσματος – εκροών
- Ανά κλινική
- Ανά κατηγορία νόσου
- Ανά ιατρική πράξη
- Ανά χρησιμοποιούμενο μηχάνημα
- Αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων ανά γιατρό – νοσηλευτή
- Αριθμός αξονικός τομογραφιών και κόστος

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΔΕΙΚΤΩΝ

Δείκτες εισροών και επάρκειας

Α. Ανθρώπινοι πόροι

Α1. Αναλογία απασχολούμενων ανα κλίνη

$$\frac{\text{Αριθμός Απασχόλουμενων έτους Α}}{\text{Αριθμός Νοσηλευτικών κλινών έτους Α}^{1}}$$

(1) κλίνη: Ανεπτυγμένες 1 ή κατειλημμένες 2

Α.2 Αναλογία κλινών ανά γιατρό

$$\frac{\text{Αριθμός ιατρών έτους Α}}{\text{Αριθμός κλινών}^{1}\text{ έτους Α}}$$

(1) κλίνες ανά κατηγορία κλινικής ή τμήματος:

Α: Χειρουργική	Γιατροί
Β: Παθολογική	Α: Πανεπιστημιακοί
Γ: Γυναικολογική	Β: Ε.Σ.Υ.
Δ: Μ.Ε.Θ.	Γ: Ειδικευόμενοι

Α.3 Αναλογία Νοσηλευτών ανά κλίνη

$$\frac{\text{Αριθμός Νοσηλευτών έτους Α}^{1}}{\text{Αριθμός κλινών έτους Α}}$$

(1) Νοσηλευτές: 3ετούς – 4ετούς φοίτησης (ΑΕΙ-ΤΕΙ)
2ετούς (Μ.Τ.Ν.Σ)
πρακτικές αδελφές
τραυματιοφορείς

Α.4 Αναλογία παραϊατρικού ή άλλου προσωπικού ανα κλίνη

$$\frac{\text{Αριθμός στελεχών ιατρικών εργαστηρίων έτους Α}}{\text{Αριθμός κλινών έτους Α}}$$

Α.5 Αναλογία Νοσηλευτών ανά Γιατρό

$$\frac{\text{Αριθμός Νοσηλευτών έτους Α}}{\text{Αριθμός γιατρών έτους Α}}$$

Β. Οικονομικοί πόροι

Β.1 Ημερήσιο κόσος νοσηλείας ανά ασθενή και ανά κλίνη

$$\frac{\text{Συνολικές Δαπάνες}^{1}\text{ έτους Α}}{\text{Συνολικές ημέρες Νοσηλείας έτους Α (σύνολο ασθενο-ημερών)}}$$

(1) Μπορεί να συνυπολογίζονται ή όχι οι δαπάνες παγίων επενδύσεων

Β.2 Ημερήσιο κόστος νοσηλείας ανα ασθενή

$$\frac{\text{Συνολικές Δαπάνες έτους Α}}{\text{Αριθμός Εισαγωγών (νοσηλευθέντων) έτους Α}}$$

Γ. Δείκτες επάρκειας

Γ.1 Λίστες αναμονής ανά κατηγρία νόσου

$$\frac{\text{Αριθμός ασθενών στη λίστα αναμονής x 100}}{\text{Αριθμός εισαγωγών το έτος}}$$

Γ.2 Ποσοστό περιστατικών που μετακομίστηκαν σε άλλα νοσοκομεία

$$\frac{\text{Αριθμός Περιστατικών που μετακομίσθηκαν x 100}}{\text{Αριθμός εισαγωγών}}$$

Γ.3 Ποσοστό περιστατικών που δεν έγιναν δεκτά για εισαγωγή στο νοσοκομείο

$$\frac{\text{Αριθμός περιστατικών που δεν έγιναν δεκτά x 100}}{\text{Αριθμός εισαγωγών}}$$

Δ. Δείκτες εκροών

Δ.1 Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (Μ.Δ.Ν)

$$\frac{\text{Συνολικές Ημέρες Νοσηλείας}}{\text{Συνολικός Αριθμός Εισαγωγών (νοσηλευομένων)*}}$$

* Δεν υπολογίζονται οι επαναεισαγωγές

Δ.2 Μέση κάλυψη νοσοκομειακών κλινών (%) ή πληρότητα κλινών (%)

$$\frac{\text{Μέσος Ημερήσιος Αριθμός Νοσηλευομένων}^{1}\text{ έτους Α x 100}}{\text{Αριθμός κλινών έτους Α}}$$

(1) Μέσος Ημερήσιος Αριθμός Νοσηλευομένων

$$\frac{\text{Συνολικές Ημέρες Νοσηλείας έτους Α}}{\text{Συνολικές Ημέρες του έτους (365)}}$$

Δ.3 Μέσος χρόνος αδράνειας κλίνης (σε ημέρες)

(Ο μέσος χρόνος μεταξύ εκκένωσης και κάλυψης μια κλίνης)

$$Pe = (\text{ΜΔΝ} / \text{Μ.Κ.})*\text{Μ.Δ.Ν}$$

όπου: $M_k = \frac{\text{Ημέρες Νοσηλείας}}{\text{365 x κλίνες}}$

Δ.4 Εισαγωγές - (Νοσηλευθέντες) ανά απασχολούμενο άτομο (Γιατρό, Νοσηλευτή, κ.ο.κ.)

Συνολικά ή ανά κλίνη

$$\frac{\text{Αριθμός Εισαγωγών έτους Α}}{\text{Αριθμός απασχολούμενων έτους Α}}$$

Δ.5 Διάρκεια Νοσηλευτικών Παροχών ανά ασθενή (ημερησίως, ετησίως)

Συνολικά ή ανα κλίνη

$$\frac{\text{Συνολικές ώρες απασχόλησης Νοσηλευτικού Προσωπικού έτους Α}^{1}}{\text{Συνολικό αριθμό Νοσηλευομένων έτους Α}}$$

(1) Συνολικές ώρες απασχόλησης Νοσηλευτικού Προσωπικού =
Αρ.Νοσηλευτικού Προσωπικού x Μέσο ετήσιο αριθμό ωρών απασχόλησης/Νοσηλευτή

Ε. Σύνθετοι Δείκτες Παραγωγής, Παραγωγικότητας και Αποδοτικότητας ενός Νοσοκομείου

ΔΕΙΚΤΕΣ	ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ
1. Σχέση Νοσηλευομένων προς κλίνες $Ip_1 = (P / B) x (t / 365)$	1. P = Αριθμός Νοσηλευομένων B = Αριθμός Κλινών T = Διάρκεια Νοσηλείας
2. Σχέση Παραγωγής (ασθενών) προς Απασχολούμενους $Ip_2 = (P / Pt) x (t / 365)$	2. Pt = Αριθμός Απασχολουμένων
3. Σχέση Παραγωγής (ημέρες νοσηλείας) προς κλίνες $Ip_3 = (Pd / B) x (t /365)$	3. Pd = Συνολικός Αριθμός Ημερών νοσηλείας στη χρονική περίοδο αναφοράς
4. Σχέση παραγωγής (ημέρες νοσηλείας) προς Απασχολούμενους $Ip_4 = (Pd / Pt) x (t / 365)$	4. Γνωστές μεταβλητές
5. Σχέση Επιπέδου Εκροών ανά διάρκεια Παροχών $Ie_1 = (Io / Tm) x (t / 365)$	5. Io = Μέση Κάλυψη Νοσοκομειακών κλινών Tm = Μ.Δ.Ν. Io = Μέσος Ημερήσιος αριθμός νοσηλευομένων / Αριθμός Κλινών Όπου Μ.Η.Α.Ν. = Σύνολο Ασθενοημερών / 365 ημέρες
6. Σχέση Συνολικής Παραγωγής (εκροών) και Εισροών $Ie_2 = (Ie_1 / Pt) x B$	6. Γνωστές οι μεταβλητές

Οι μεταβλητές που χρησιμοποιούνται σε κάθε μαθηματικό τύπο θα πρέπει να αναφέρονται πάντα στο ίδιο χρονικό διάστημα (συνήθως ημέρα, εβδομάδα, μήνα ή έτος)

III. Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ενότητα ΙΙΙ.1 – Το σύστημα χρηματοδότησης στην Ελλάδα

Η χρηματοδότηση της νοσοκομειακής περίθαλψης τυπικά γίνεται με βάση το συμβασιακό σύστημα όπου τα ταμεία υγείας καταβάλλουν νοσήλια για την περίθαλψη των ασφαλισμένων τους στα νοσοκομεία ΕΣΥ. Βέβαια, τα νοσήλια είναι καθορισμένα σε επίπεδα σαφώς κατώτερα του πραγματικού κόστους νοσηλείας. Για το λόγο αυτό, στην πραγματικότητα η βασικότερη πηγή εσόδων για τα νοσοκομεία του ΕΣΥ είναι ο κρατικός προϋπολογισμός μέσο των τακτικών και έκτατων επιχορηγήσεων. Έτσι το κύριο χαρακτηριστικό αυτού του συστήματος χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας είναι η **μικτή χρηματοδότηση** η οποία περιλαμβάνει την αποζημίωση με βάση το νοσήλιο – Αναδρομική Αποζημίωση (Κλειστό ημερήσιο νοσήλιο) και την κρατική χρηματοδότηση (επιχορηγήσεις).

Η Μέθοδος Αποζημίωσης των Νοσοκομείων

Η μέθοδος αποζημίωσης των δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα είναι η Αναδρομική αποζημίωση με την χρήση του ημερήσιου κλειστού Νοσηλίου. Συγκεκριμένα, το ύψος του νοσηλίου καθορίζεται με κυβερνητική απόφαση και είναι υποχρεωτικό, τόσο για τους πληρωτές (ταμεία, ιδιώτες), όσο και για τα νοσοκομεία (δημόσια ή συμβεβλημένα ιδιωτικά). Το νοσήλιο μπορεί να είναι ενιαίο για όλες τις περιπτώσεις νοσηλείας ή να διαφοροποιείται κατά κλινική και ιατρική ειδικότητα (ευλύγιστο κλειστό νοσήλιο). Σύμφωνα με τις τελευταίες νομοθετικές ρυθμίσεις υπάρχει διαφοροποίηση του κλειστού ημερήσιου νοσηλίου για παθολογικά, χειρουργικά και ψυχιατρικά περιστατικά, όπως και για την εντατική θεραπεία. Επίσης υπάρχει διαφοροποίηση ανάλογα με την θέση νοσηλείας (μονόκλινος, δίκλινος ή πολύκλινος θάλαμος). Από τις αρχές της δεκαετίας του ’90, εφαρμόζεται και η αποζημίωση με συγκεκριμένη τιμή πακέτο για ορισμένα περιστατικά, όπως η ολική αρθροπλαστική, οι καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, οι μεταμοσχεύσεις οργάνων και οι λαπαροσκοπικές επεμβάσεις.

Κρατικές Επιχορηγήσεις – Πρόσθετη Χρηματοδότηση Συστήματος Υγείας

Οι τιμές των νοσηλίων που προβλέπει ο νόμος (αποφ. Υ4α/1320/3-02-98: «Ορισμός Νοσηλίου Νοσοκομείων»), καλύπτουν σήμερα περίπου το 21% του πραγματικού κόστους[‡‡]. Επομένως, κρίθηκε αναγκαίο η επιπλέον αποζημίωση των κρατικών νοσοκομείων μέσο του κρατικού προϋπολογισμού έτσι ώστε να καλυφθούν τα τεράστια ελλείμματα που δημιουργεί το κλειστό νοσήλιο. Η μικτή χρηματοδότηση περιλαμβάνει ένα σύνολο πληρωμών από τον κρατικό προϋπολογισμό και το ασφαλιστικό σύστημα, και ένα ποσοστό ιδιωτικής συμμετοχής. Το κράτος καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος των επενδύσεων, τη μισθοδοσία του προσωπικού του ΕΣΥ και των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας της υπαίθρου και τις κατά περιόδους ρυθμίσεις χρεών των μονάδων υγείας προς τους προμηθευτές. Το ασφαλιστικό σύστημα μετέχει στην χρηματοδότηση, καταβάλλοντας το αντίτιμο των υπηρεσιών που κάνουν χρήση οι ασφαλισμένοι του στα νοσοκομεία ή τις ιδιωτικές κλινικές, με βάση ένα υποτιμημένο δημόσιο τιμολόγιο, το αντίτιμο των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας και φαρμακευτικής περίθαλψης που παρέχει στους δικαιούχους του κάθε ασφαλιστικός φορέας, είτε μέσω ιδιόκτητων μονάδων υγείας (όπως το ΙΚΑ), είτε μέσω συμβεβλημένων ιδιωτικών φορέων.

Παράγοντες καθιέρωσης και διατήρησης της Μικτής Χρηματοδότησης

Οι παράγοντες που καθιέρωσαν την αναγκαιότητα της κρατικής επιχορήγησης ήταν κυρίως ο **τελικός σκοπός του δημόσιου νοσοκομείου** που είναι να καλύψει ανάγκες των προσερχόμενων ασθενών και υπό την έννοια αυτή, συγκροτείται και λειτουργεί ως δημόσια υπηρεσία, κατά τεκμήριο προσβάσιμη σε όλο τον πληθυσμό, η οποία προσφέρει υπηρεσίες χωρίς διακρίσεις. Υπό το πρίσμα αυτού του σκοπού, το δημόσιο νοσοκομείο δεν το απασχολεί η επιβίωση του, αφού αυτή είναι εξασφαλισμένη και άρα η ύπαρξη του δεν εξαρτάται από τα τυχόν έσοδα και έξοδα του. Επομένως η χρηματοδότηση του συναρτάται άμεσα από τη φύση και το χαρακτήρα του επιπέδου επιβίωσης άρα και των προκαθορισμένων πηγών άντλησης των εσόδων της. Επιπλέον, οι **υφιστάμενες νομοθετικές ρυθμίσεις** και η νοοτροπία που αναπτύχθηκε από το δημόσιο νοσοκομείο ειδικότερα μετά την εφαρμογή του ΕΣΥ, παρέχει τη δυνατότητα σε οποιοδήποτε πολίτη ασφαλισμένο ή ανασφάλιστο να λαμβάνει υπηρεσίες. Το κράτος εγγυάται με λίγα λόγια την συνεχή λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων

[‡‡] Ι. Κυριόπουλος, εφημερίδα «ΤΑ ΝΕΑ», 13-02-2002

ανεξάρτητα του κόστους λειτουργίας. Τέλος, η χρηματοδότηση των δημόσιων νοσοκομείων γίνεται με την μέθοδο του **Κλειστού Νοσηλίου** αλλά λόγω του μη αναπροσαρμοζόμενου ετησίως κλειστού νοσηλίου, παρουσιάζονται επί σειρά ετών ελλείμματα τα οποία καλύπτει ο κρατικός προϋπολογισμός.

Ενότητα ΙΙΙ.2 – Αξιολόγηση του συστήματος Χρηματοδότησης

Κάθε μέθοδος αποζημίωσης έχει τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του και διαμορφώνεται – μεταβάλλεται ταυτόχρονα με την πορεία ανάπτυξης του Υγειονομικού Συστήματος κάθε χώρας. Η άκριτη, επομένως, μεταφορά μιας μεθόδου χρηματοδότησης που λειτουργεί καλά σε μια χώρα, δεν σημαίνει ότι θα έχει τα ίδια θετικά αποτελέσματα και σε μια άλλη.

Στην Ελλάδα, η διατήρηση μεθόδων αναδρομικής χρηματοδότησης (ημερήσιο νοσήλιο), απαγορεύει τη συγκράτηση του κόστους και δυσχεραίνει τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της ποιότητας των παρερχομένων υπηρεσιών. Το νοσήλιο, που καθορίζεται από την κυβέρνηση, εκτός της υποτίμησης του, αναμορφώνεται σε πολύ αραιά χρονικά διαστήματα (κάθε 8-10 χρόνια), με αποτέλεσμα την περαιτέρω σταδιακή απομάκρυνση του από το πολλαπλάσιο πραγματικό κόστος των νοσοκομειακών υπηρεσιών.

Η σχέση μεταξύ τιμής κλειστού νοσηλίου και πραγματικού κόστους, κατρακύλησε από το 49%, το 1980, στο 7,5%, το 1989, (Πίνακας 5) για να ακολουθήσει μικρή αύξηση τα επόμενα χρόνια. Για παράδειγμα, μια ημέρα νοσηλείας σε Μ.Ε.Θ.[§§] κοστίζει περίπου 580 ευρώ, αλλά το κόστος που καλύπτεται από τα ταμεία δεν ξεπερνά τα 290 ευρώ. Μια γενική εξέταση αίματος ενώ κοστίζει 15-20 ευρώ, τα ταμεία πληρώνουν στο νοσοκομείο περίπου 2,45 ευρώ, με τις διαφορές να παραμένουν σημαντικές και για τις άλλες εργαστηριακές εξετάσεις. Τα παραπάνω εικονικά νοσήλια δημιουργούν τεράστια νοσοκομειακά ελλείμματα[***] και αποκλείουν τη σύνταξη αναληθών νοσοκομειακών

[§§] Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

[***] Τα έσοδα του νοσοκομείου από τα νοσήλια (κοινωνική ασφάλιση) αποτελούν το 25-35% των συνολικών του εσόδων. Ο κρατικός προϋπολογισμός συμμετέχει στη χρηματοδότηση των νοσοκομείων με 55-65% των εσόδων καλύπτοντας τις δαπάνες του προσωπικού και η διαφορά 10% ή καθόλου διαφορά, ανάλογα με το νοσοκομείο, αποτελεί το λεγόμενο έλλειμμα που έχουν σήμερα τα δημόσια νοσοκομεία.

προϋπολογισμών. Αναπόφευκτα η χρηματοδότηση στηρίζεται ουσιαστικά σε ανοικτούς προϋπολογισμούς τους οποίους τα νοσοκομεία υπερβαίνουν, καταφέρνοντας να παίρνουν πρόσθετες επιχορηγήσεις ή απλώς να συσσωρεύουν ελλείμματα.

Συμπερασματικά, ο τρόπος αυτός της αναδρομικής αποζημίωσης δημιουργεί τα εξής προβλήματα:

α) κίνητρα για ανεξέλεγκτες δαπάνες αφού υπάρχει διαρκής παροχή συμπληρωματικών επιχορηγήσεων,

β) ευνοεί τις μεγάλες σε χρονική διάρκεια νοσηλείες αφού τα νοσοκομεία απορροφούν πλασματικά έσοδα αυξάνοντας τις μέρες νοσηλείας,

γ) δεν προωθεί την παραγωγικότητα αφού δεν παρέχει κίνητρα στο προσωπικό και

δ) δεν προάγει την ποιότητα και ευνοεί την παραοικονομία αφού απουσιάζουν τα κίνητρα για παραγωγική αξιοποίηση των πόρων και αύξηση της αποδοτικότητας του προσωπικού.

Ενότητα ΙΙΙ.3 – Προτάσεις και προοπτικές

Οι φορείς χρηματοδότησης των νοσοκομείων (κρατικός προϋπολογισμός, ασφαλιστικά ταμεία, ιδιωτικός τομέας) έχουν αποδυθεί τα τελευταία χρόνια σε μια μεγάλη προσπάθεια περιορισμού των δαπανών και βελτίωσης της σχέσης των χρησιμοποιούμενων πόρων ως προς το παραγόμενο αποτέλεσμα. Προς αυτή την κατεύθυνση η επιλογή της κατάλληλης μεθόδου χρηματοδότησης, αποτελεί εξαιρετικά σημαντική και κρίσιμη συνιστώσα.

Σύμφωνα με την θεωρία η χρηματοδότηση μπορεί να πραγματοποιηθεί με δυο τρόπους, ο πρώτος είναι η εκ των υστέρων αποζημίωση (ή αναδρομική αποζημίωση), την οποία αναλύσαμε και περιγράψαμε στις προηγούμενες ενότητες αφού αποτελεί και την βασική μέθοδο αποζημίωσης των ελληνικών νοσοκομείων ενώ ο δεύτερος τρόπος αποζημίωσης είναι η εκ των προτέρων αποζημίωση η οποία εφαρμόζεται σήμερα στις

περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου. Στην προοπτική χρηματοδότηση προτείνονται κυρίως τρεις μέθοδοι, α) ο Συνολικός ή Σφαιρικός Προϋπολογισμός, β) η πληρωμή ανά περίπτωση κυρίως με βάση τη διάγνωση (DRGs)[†††], και γ) πληρωμή ανά κεφαλή Εξυπηρετούμενου Πληθυσμού (Capitation per Capita).

Σε πρόσφατη μελέτη, που αναφέρεται στις χώρες του ΟΟΣΑ και της ΕΕ, διαπιστώνεται ότι οι παραδοσιακές μέθοδοι αναδρομικής αποζημίωσης δεν περιορίζουν το κόστος, αλλά συμβάλουν στην αύξηση του, οπότε επιβάλλεται η εγκατάλειψη τους και στην χώρα μας. Αντίθετα η προοπτική αποζημίωση φαίνεται να περιορίζει το νοσοκομειακό κόστος, όπως άλλωστε και οι μέθοδοι πληρωμής των ιατρών που συσχετίζουν τις αποδοχές με την ποσότητα και ποιότητα της εργασίας τους.

Προτεινόμενη μέθοδος Χρηματοδότησης των Ελληνικών Νοσοκομείων

Ακολουθώντας τις διεθνείς τάσεις, υπό την πίεση της συνεχούς διεύρυνσης των συνολικών δαπανών υγείας, φαίνεται ότι η Ελλάδα θα πρέπει να υιοθετήσει σύντομα κάποια μέθοδο (ή συνδυασμό μεθόδων) προοπτικής αποζημίωσης των νοσοκομείων, δημιουργώντας οιονεί αγορές, προκειμένου να υπάρξει ένας ελεγχόμενος ανταγωνισμός μεταξύ των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας.

Πιο συγκεκριμένα, η εφαρμογή σφαιρικών προϋπολογισμών θα υποχρεώσει κάθε νοσοκομείο να βελτιώσει την οργανωτική και διαχειριστική του ικανότητα, με στόχο τη συγκράτηση του κόστους. Η μέθοδος αυτή στηρίζεται σε μια περιοδική διαπραγμάτευση και συμφωνία μεταξύ των πληρωτών και κάθε νοσοκομειακού οργανισμού, ο οποίος αναλαμβάνει να καλύψει συγκεκριμένο πληθυσμό, παρέχοντας συγκεκριμένα είδη και όγκο υπηρεσιών, έναντι ενός κλειστού συνολικού προϋπολογισμού. Το νοσοκομείο θα διαχειρίζεται εσωτερικά τη συνολική αποζημίωση, κατανέμοντας τις διαθέσιμες πιστώσεις στις επιμέρους υπηρεσίες και τμήματα.

Παράλληλα, η συσχέτιση της ιατρικής διάγνωσης και αντιμετώπισης μιας ασθένειας με καθορισμένα πρότυπα χρήσης των πόρων θα πρέπει να εφαρμοστεί σε δεύτερη φάση στα ελληνικά νοσοκομεία. Σύμφωνα με την μέθοδο αυτή, πληρωμή ανά περίπτωση με βάση την διάγνωση (DRGs), όλες οι ασθένειες ταξινομούνται σε ομοιογενείς ομάδες,

[†††] Diagnostic Related Groups (DRGs), Συστήματα Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων

λαμβάνοντας υπόψη το κόστος και την ομοιότητα της ιατρικής πράξης. Το μοντέλο αυτό, στηρίχθηκε στην ομαδοποίηση όμοιων περιπτώσεων ασθενείας και την κατηγοριοποίηση τους σύμφωνα με εκ των προτέρων προσδιορισμένα χαρακτηριστικά[‡‡‡]. Το νοσοκομείο κοστολογεί τις ιατρικές πράξεις με βάση την κατηγοριοποίηση. Βασικό πλεονέκτημα του συστήματος είναι ο έλεγχος του κόστους, αφού η αμοιβή του νοσοκομείου συνδέεται με το αποτέλεσμα και όχι με την διάρκεια νοσηλείας του ασθενούς.

[‡‡‡] Χαρακτηριστικά όπως: Αρχική διάγνωση, το φύλο, η ηλικία, βαρύτητα ασθένειας, χειρουργικές επεμβάσεις κ.α.

IV. ΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Ενότητα IV.1 – Αγορά Υπηρεσιών Υγείας

Η αγορά των υπηρεσιών υγείας δεν είναι μια συνηθισμένη ανταγωνιστική αγορά. Με άλλα λόγια, δεν ακολουθεί το συμβατικό υπόδειγμα της ελεύθερης αγοράς. Η διαφοροποίηση της αγοράς υπηρεσιών υγείας προκύπτει από μια σειρά ιδιαίτερων χαρακτηριστικών, όπως είναι:

- Η **ασύμμετρη πληροφόρηση** (information asymmetry), η οποία αναφέρεται στην υπεροχή της ιατρικής γνώσης και την αδυναμία του ασθενή να αντιληφθεί και να διαχειριστεί αυτόνομα την κατάσταση της υγείας του.
- Η **σχέση αντιπροσώπευσης** (agency relationship) μεταξύ των παραγωγών-επαγγελματιών υγείας και των καταναλωτών-ασθενών σύμφωνα με την οποία η ζήτηση διατυπώνεται και η προσφορά ελέγχεται από το γιατρό ο οποίος ενεργεί ως μεσολαβητής των ασθενών, εξαιτίας της ασύμμετρης πληροφόρησης.
- Η **προκλητή ζήτηση** (supplier-induced demand) υπηρεσιών υγείας, αναφέρεται στη ζήτηση η οποία δεν ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες του ασθενή, είναι αποτέλεσμα της συμπεριφοράς και της πρακτικής των επαγγελματιών υγείας και οδηγεί σε υπερβάλλουσα κατανάλωση
- Η **κυριαρχία του καταναλωτή-ασθενή** (consumer sovereignty) στην αγορά υπηρεσιών υγείας είναι περιορισμένη λόγω έλλειψης γνώσης, πληροφόρησης και επιλογής. Δηλαδή, στην αγορά υπηρεσιών υγείας, το θεωρητικό υπόδειγμα της ζήτησης, σύμφωνα με το οποίο οι επιλογές βασίζονται στους περιορισμούς των τιμών και των διαθέσιμου εισοδήματος των ασθενών, δεν έχει πρακτική εφαρμογή.

Ενότητα IV.2 – Οι αδυναμίες της αγοράς υπηρεσιών υγείας

Αντίθετα, παρουσιάζει ιδιομορφίες που απορρέουν κυρίως από την περιορισμένη κυριαρχία του καταναλωτή. Σ’ αυτού του είδους τις αγορές που αποκαλούνται «αγορές προμηθευτών» δεν είναι τελικά ο καταναλωτής-χρήστης που διατυπώνει τη ζήτηση. Ο ασθενής μόνο σε οριακές περιπτώσεις είναι σε θέση να αποφασίσει για την έκταση και τη φύση των υπηρεσιών που θα καταναλώσει. Είναι γι’ αυτό το λόγο, που η ζήτηση δεν παίζει σημαντικό ρόλο στον καθορισμό των τιμών ή των αναγκών που πρέπει να καλυφθούν. Συνήθως, αυτού του τύπου οι αγορές τείνουν να σπρώχνουν προς τα πάνω τις τιμές.

Αδυναμίες από τη πλευρά της προσφοράς

Η αδυναμία αυτής της αγοράς όπου ο γιατρός καθορίζει την ποσότητα και τις τιμές των υπηρεσιών υγείας, χρήζει ιδιαίτερης προσοχής γιατί συνήθως οδηγεί σε σπατάλη με συνέπεια τη διόγκωση του κόστους. Η σπατάλη δημιουργείται κύρια από την εκ μέρους του γιατρού **προκλητή** ζήτηση (induced demand), με κύρια επιδίωξη την αύξηση του εισοδήματος του. Ο γιατρός είναι ελεύθερος να καθορίζει τόσο την αμοιβή του, όσο και τον όγκο των υπηρεσιών που προσφέρει.

Επιπλέον, σε μια αγορά υπηρεσιών υγείας όπου αυξάνεται συνεχώς ο αριθμός των γιατρών, αναμένεται ανάλογη αύξηση και της ζήτησης, που είναι κυρίως ιατρογενής. Γι’ αυτό το λόγο ο έλεγχος του «ιατρικού πληθωρισμού» αλλά και ο τρόπος αμοιβής του γιατρού αποτελούν, όπως θα αναφερθεί στη συνέχεια, κυρίαρχα στοιχεία στον έλεγχο της ζήτησης και κατανάλωσης.

Αδυναμίες από πλευρά ζήτησης

Ενώ από τη πλευρά της προσφοράς υπάρχει το παράδοξο της προκλητής ζήτησης, ένα ανάλογο φαινόμενο εμφανίζει και η πλευρά της ζήτησης, αυτό του moral hazard. Είναι ένα φαινόμενο που η διεθνής βιβλιογραφία των οικονομικών της υγείας έχει αναγάγει σε μέγα θέμα αφού προκαλεί περαιτέρω αύξηση της ζήτησης και διόγκωση του κόστους. Η εννοιολογική σημασία του όρου στη ασφαλιστική πρακτική είναι ότι οι ασφαλισμένοι «αποφεύγουν» να ενεργούν ηθικά και υπεύθυνα για την αποφυγή ή μείωση της ζημιάς από την επέλευση του κινδύνου και τελικά επιβαρύνουν οικονομικά το ασφαλιστικό ταμείο, την ασφαλιστική εταιρεία ή το κράτος που πληρώνει το λογαριασμό.

Στην αγορά υπηρεσιών υγείας λόγω του ότι η δαπάνη για την ιατρική περίθαλψη καλύπτεται κύρια από την κοινωνική ασφάλιση, δεν λειτουργεί ο μηχανισμός αυτοσυγκράτησης του καταναλωτή – ασθενή. Ακόμα και σε εκείνες τις περιπτώσεις που ο μηχανισμός αυτός γίνεται προσπάθεια να ενεργοποιηθεί μέσω της συμμετοχής του ασθενή στο κόστος, πολλοί είναι εκείνοι που εξουδετερώνουν και αυτό το κίνδυνο, κάνοντας έξτρα ασφάλιση σε μια ιδιωτική ασφαλιστική εταιρεία.

Τα προβλήματα της προκλητής ζήτησης και του ηθικού κινδύνου που δημιουργούνται λόγω της ιδιοτυπίας της αγοράς, αποτελούν, πέραν των παραγόντων που ήδη έχουν αναφερθεί, εγγενείς αδυναμίες του συστήματος, που έχουν ως συνέπεια την αύξηση της ζήτησης και τη διόγκωση των δαπανών.

Ενότητα IV.3 – Τα δυο βασικά στοιχεία της «αγοράς» υγείας

Ζήτηση Υπηρεσιών Υγείας

Η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας εκφράζεται από τα άτομα τα οποία επιθυμούν να αποκαταστήσουν ή να διατηρήσουν την υγείας τους. Βασικοί προσδιοριστικοί παράγοντες της ζήτησης για φροντίδα υγείας είναι:

- Η κατάσταση της υγείας του ατόμου
- Η σχετική τιμή της φροντίδας υγείας
- Οι εισοδηματικοί περιορισμοί
- Η συμπεριφορά του πολίτη ως προς την έκφραση των αναγκών υγείας του
- Γενικοί και ειδικοί κοινωνικοί, επιδημιολογικοί, δημογραφικοί παράγοντες

Σημαντικός παράγοντας καθορισμού του όγκου των ζητούμενων ποσοτήτων για τις υπηρεσίες υγείας είναι η κοινωνική ασφάλιση. Η ασφάλιση υγείας μεσολαβώντας ανάμεσα στο χρήστη και τον παραγωγό αλλοιώνει την επίδραση της τιμής (μηδενικές τιμές), γεγονός το οποίο οδήγησε σε αύξηση της ζήτησης η οποία στις περισσότερες περιπτώσεις δεν ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες των πολιτών.

Προσφορά Υπηρεσιών Υγείας

Η προσφορά των υπηρεσιών υγείας αφορά την παροχή υπηρεσιών που προέρχεται από τους προμηθευτές υγείας (γιατρούς, νοσοκομεία, κ.α.)

Οι παράγοντες που προσδιορίζουν την προσφορά υπηρεσιών υγείας είναι:

- Η επάρκεια των ανθρώπινων πόρων
- Η ποσότητα των διαθέσιμων υλικών και οικονομικών πόρων
- Το επιδημιολογικό πρότυπο και δημογραφικό πρότυπο
- Το κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο της χώρας

Κατά συνέπεια, η παραγωγή και η διανομή των φροντίδων υγείας είναι αλληλένδετα συνδεδεμένες με τον τύπο του συστήματος υγείας.

V. Ανάλυση Νοσοκομειακών Δαπανών

Ενότητα V.1 – Αιτιολογικοί παράγοντες αύξησης των δαπανών υγείας

Μια συνοπτική εικόνα των αιτιολογικών παραγόντων αύξησης των δαπανών υγείας παρουσιάζεται παρακάτω:

- **Δημογραφικοί παράγοντες**
  γήρανση του πληθυσμού, ολιγομελείς οικογένειες

- **Επιδημιολογικοί παράγοντες**
  Το σημερινό επιδημιολογικό πρότυπο κυριαρχείται από τους καρδιόπαθειας, τα νεοπλάσματα, τις ψυχικές νόσους, τα ατυχήματα, τις αναπηρίες και το AIDS

- **Οικονομικοί παράγοντες**
  αύξηση του διαθέσιμου εισοδήματος, μείωση του κόστους ευκαιρίας του χρόνου, επέκταση και διερεύνηση της κοινωνικής ασφάλισης, αύξηση του αριθμού των ανέργων

- **Ψυχο-κοινωνικό-πολιτισμικοί παράγοντες**
  ιατρικοποίηση των κοινωνικών προβλημάτων, βελτίωση του μορφωτικού επιπέδου, επαγγελματική αποκατάσταση, εγκατάλειψη παραδόσεων και δοξασιών

- **Αύξηση της διαθεσιμότητας και προσπελασιμότητας**
  περισσότεροι γιατροί, νοσοκομεία, θεραπευτικά μέσα, φάρμακα κλπ., είσοδος στο σύστημα υγείας της τεχνολογίας υψηλού κόστους, ανετότερες διαδικασίες παροχής των υπηρεσιών, περιορισμός των γεωγραφικών ανισοτήτων στην κατανομή των υπηρεσιών, πρόοδος στις συγκοινωνίες και επικοινωνίες

☞ **Βελτίωση αμοιβών**
αύξηση των επαγγελματιών υγείας,
εξίσωση αμοιβών ανδρών και γυναικών

☞ **Ιδιομορφίες της αγοράς**
Προκλητή ζήτηση,
Moral hazard

Ενότητα V.2 – Πολιτικές Συγκράτησης των Δαπανών Υγείας

Οι σύγχρονες πολιτικές υγείας, ανεξάρτητα από τη μορφή οργάνωσης και χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, συγκλίνουν στο έλεγχο όχι μόνο των επιμέρους κόστους των υπηρεσιών υγείας αλλά και στη συγκράτηση συνολικά των δαπανών υγείας, δημόσιων και ιδιωτικών.

Ο έλεγχος στις δημόσιες δαπάνες επιβάλλεται εξαιτίας της συνεχούς και ανεξέλεγκτης αύξησης τους με συνέπεια τη στέρηση δημόσιων δαπανών από τους υπόλοιπους κοινωνικούς τομείς.

Στον ιδιωτικό τομέα, εξαιτίας της πληθωριστικής τάσης του κόστους των υπηρεσιών υγείας, επιβαρύνεται κατεξοχήν ο οικογενειακός προϋπολογισμός με άμεσες και έμμεσες επιπτώσεις στην οικονομία στο σύνολο της και στην καταστρατήγηση της ισότητας στην υγεία και των ίσων ευκαιριών στη πρόσβαση για υπηρεσίες υγείας. Σε γενικές γραμμές η πολιτική υγείας στις ανεπτυγμένες χώρες συγκλίνει σε κοινές στρατηγικές συγκράτησης του κόστους των υπηρεσιών υγείας, οι οποίες επικεντρώνονται στην πλευρά της ζήτησης και προσφοράς υπηρεσιών υγείας.

Έλεγχος στη Προσφορά Υπηρεσιών Υγείας

Ειδικότερα από τη πλευρά της προσφοράς υπηρεσιών υγείας, σε διεθνές επίπεδο, η πολιτική υγείας στρέφεται:

- Στον έλεγχο της ιατρικής δημογραφίας και την ενημέρωση των γιατρών για τη διαδικασία παραγωγής και το κόστος των υπηρεσιών υγείας

- Στους μηχανισμούς ελέγχου των ιατρικών πράξεων με καθιέρωση του ιατρικού ελέγχου (medical audit) και της κλινικής αξιολόγησης (clinical evaluation), τη σύσταση των οργανισμών ελέγχου και επιθεώρησης των ιατρικών πράξεων (Peer Review Organizations) καθώς και αρχείων των ασθενών (medical records).

- Στον έλεγχο της φαρμακευτικής και παρακλινικής συνταγογραφίας.

- Στην επιβολή ορίων στις αμοιβές των γιατρών και των νοσοκομείων με τη προώθηση συστημάτων αποζημίωσης με κριτήριο τον αριθμό εγγεγραμμένων (capitation) ή με την εισαγωγή του κλειστού προϋπολογισμού (global Budget) αντίστοιχα.

Έλεγχος στη Ζήτηση Υπηρεσιών Υγείας

Ο έλεγχος στη ζήτηση αποσκοπεί σε παρεμβάσεις στη συμπεριφορά των χρηστών-καταναλωτών. Οι παρεμβάσεις από τη πλευρά της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας εστιάζονται κατά κύριο λόγο:

- Στη συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος της προσφερόμενης φροντίδας υγείας (Cost sharing,co-payments)
- Στη θέσπιση κανόνων για τη προσπέλαση και κατανάλωση φροντίδας υγείας.
- Στην επιβολή ειδικής φορολογίας σε προϊόντα όπως στον καπνό και στο οινόπνευμα, των οποίων η κατανάλωση ενδέχεται να οδηγήσει σε αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Ενότητα V.3 – Τα οικονομικά δεδομένα του ΕΣΥ

Τις υπηρεσίες του ΕΣΥ αποτελούν τα 130 γενικά, ειδικά και ψυχιατρικά νοσοκομεία με περίπου 35.000 κλίνες ή ποσοστό 65% του συνόλου, τα 172 κέντρα υγείας, τα 1400 περιφερειακά ιατρεία και το ΕΚΑΒ, που λειτουργεί στα μεγάλα αστικά κέντρα. Με αυτές τις υποδομές το ΕΣΥ είναι κυρίαρχο στη νοσοκομειακή και επείγουσα περίθαλψη, ενώ στη πρωτοβάθμια καλύπτει το πληθυσμό των αγροτικών περιοχών που υπολογίζεται περίπου στα 2,5 εκατομμύρια. Δικαίωμα προσφυγής στις υπηρεσίες του ΕΣΥ έχουν όλοι οι Έλληνες πολίτες. Η χρηματοδότηση προέρχεται κατά 75% από τον κρατικό προϋπολογισμό και μόλις κατά 15% από τη κοινωνική ασφάλιση (Διάγραμμα 1.8)



Διάγραμμα 1.: Το σύνολο των υγειονομικών δομών στην Ελλάδα

Προφανές επακόλουθο αυτής της τριχοτόμησης του υγειονομικού τομέα είναι ότι στενεύουν τα περιθώρια εθνικού προγραμματισμού και περιορίζεται η αποδοτικότητα των υγειονομικών πόρων. Η απουσία εθνικού προγραμματισμού και ενιαίων κανόνων ανάπτυξης και οργάνωσης συνιστούν κυρίαρχα προβλήματα για τον υγειονομικό μας τομέα, που συνεπάγονται κατασπατάληση των οικονομικών πόρων, επικαλύψεις και διόγκωση των δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών υγείας, αύξηση της παραοικονομίας, πληθωρισμό ιατρικών πράξεων και ανάπτυξη υγειονομικών ανισοτήτων.

Ενότητα V.4 – Τα αίτια αύξησης της υγειονομικής δαπάνης

Η συνεχής ανάπτυξη της τεχνολογίας και της βιοϊατρικής, η εξέλιξη των μεθόδων θεραπείας και οι αυξανόμενες απαιτήσεις των χρηστών – καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας έχουν μετατρέψει τα νοσοκομεία σε πολύπλοκους, διαρκώς εξελισσόμενους και αναπτυσσόμενους οργανισμούς. Ειδικότερα στη βιβλιογραφία αναλύονται διάφοροι λόγοι για την αύξηση της υγειονομικής δαπάνης, οι κυριότεροι από τους οποίους συνοψίζονται στους ακόλουθους:

- Αύξηση του όγκου των καταναλισκόμενων υπηρεσιών υγείας κατά κεφαλή (ιατρικές επισκέψεις, διαγνωστικές εξετάσεις, φάρμακα) γεγονός που σχετίζεται με την αύξηση της ζήτησης.
- *Αύξηση τιμών των υγειονομικών υπηρεσιών* η οποία ήταν μεγαλύτερη από ότι στη γενική οικονομία. Αυτό οφείλεται στην αύξηση των εισοδημάτων και στην επέκταση της ασφάλισης υγείας.
- *Δημογραφικές αλλαγές*. Οι παρατηρούμενες δημογραφικές αλλαγές συνίσταται στη μείωση των γεννήσεων και στην αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων στο σύνολο του πληθυσμού, οι οποίοι έχουν αυξημένες υγειονομικές ανάγκες.
- *Ραγδαία πρόοδος της τεχνολογίας της υγείας*. Τα τελευταία 50 χρόνια οι τεχνολογικές εξελίξεις στον τομέα της υγείας συνέβαλαν στη μείωση της θνησιμότητας, στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής, στον περιορισμό της εμφάνισης πολλών νόσων και της διάρκειας νόσησης από διάφορες ασθένειες καθώς και στη βελτίωση ποιότητας ζωής των ασθενών αλλά και γενικά του συνόλου του πληθυσμού.

- *Απασχόληση*. Ο τομέας της υγείας είναι «έντασης εργασίας». Για το λόγο αυτόν οι τεχνολογικές εξελίξεις που επιτρέπουν μείωση του κόστους παραγωγής σε πολλούς τομείς της οικονομίας δεν επιδρούν με τον ίδιο τρόπο στη υγεία.
- *Ιατρικός πληθωρισμός*. Σε αρκετές χώρες υπάρχει υπερπληθώρα ιατρών προκαλώντας πρόβλημα καθώς δημιουργεί προκλητή ζήτηση (induced demand) κυρίως σε φαρμακευτικές και σε διαγνωστικές υπηρεσίες.

Η αδυναμία των ελληνικών νοσοκομείων να επαναπροσδιορίσουν τον τρόπο λειτουργίας τους σύμφωνα με τις απαιτήσεις των αλλαγών που προαναφέρθηκαν, επηρεάζει την αποδοτικότητα τους με αποτέλεσμα ο νοσοκομειακός τομέας στη χώρα μας να θεωρείται υπερβολικά «ακριβός» και να προκαλεί σε μεγάλο βαθμό τη δυσαρέσκεια των χρηστών των υπηρεσιών υγείας.

VI. Διαχειριστικός έλεγχος

Ενότητα VI.1 – Το ισχύον διαχειριστικό σύστημα

Το ισχύον σήμερα οικονομικό – διαχειριστικό σύστημα των νοσοκομείων δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις σημερινές ανάγκες διαχείρισης και λειτουργίας, ούτε μπορεί να καλύψει τις ανάγκες για οικονομική πληροφόρηση και χρηματοοικονομική διαχείριση. Η δομή του Δ.Λ., δεν αντιμετωπίζει τα Ν.Π.Δ.Δ. σαν μονάδες που παράγουν κοινωνικό έργο, αλλά σαν μονάδες διεκπεραίωσης. Έχει σχεδιαστεί και είναι απλώς ένα σύστημα ταμειακής διαχείρισης, που καλύπτει τις υποχρεώσεις από την νομοθεσία του Δ.Λ. χωρίς δυνατότητα χρησιμοποίησης του ως εργαλείο διοικητικού έργου.

Τα Κρατικά Νοσοκομεία ως Ν.Π.Δ.Δ., στηρίζουν την οικονομική τους διαχείριση στον Προϋπολογισμό, ο οποίος συντάσσεται σύμφωνα με τον "Κώδικα Κατάταξης Εσόδων – Εξόδων" του 1982 που έχει εκδώσει το Γ.Λ.Κ.[§§§]. Ο κώδικας αυτός αποτελεί την τελευταία ανατύπωση της παλαιάς κωδικής κατάταξης, που προβλέπει το άρθρο 3 παρ. 2 του Ν.Δ.496/74, και ο οποίος μέχρι σήμερα, συμπληρώνεται με νέους κωδικούς από την 39^{η} Δ/νση του Γ.Λ.Κ. όταν παρουσιάζεται ιδιαίτερη ανάγκη, (π.χ. προσθήκη του Κ.Α. 1281 "Προμήθεια υλικών μηχανογραφικών και λοιπών συναφών εφαρμογών"). Σύμφωνα λοιπόν με τον παραπάνω κώδικα, χρησιμοποιούνται κωδικοί αριθμοί εσόδων και εξόδων (Κ.Α.), οι οποίοι ταξινομούνται κατ' είδος, ομάδες και κατηγορίες, ανάλογα με την αιτία και την φύση τους, κατά το δεκαδικό σύστημα.

Στην τελευταία τροποποίηση το 2001[****], έγινε προσπάθεια οι κωδικοί του Δ.Λ. στο σκέλος των εσόδων και των εξόδων να προσεγγίζουν την ανάπτυξη των κωδικών του Διπλογραφικού Συστήματος. Υπάρχει μια εκτενής ανάλυση των παλιών κωδικών (π.χ. ασφάλιστρα) και νέων (π.χ. συνδρομές) πράγμα το οποίο διευκολύνει τους συντάκτες των Προϋπολογισμών για μια πιο ακριβή και κατ' επέκταση ρεαλιστική παράθεση των οικονομικών δεδομένων. Επίσης στην λογική του Κ.Λ.Σ. των νοσοκομείων οροθετηθήκαν ορισμένες κατηγορίες κωδικών[††††] γεγονός το οποίο επιτρέπει την

[§§§] Αριθ. Πρωτ. 25614/26-2-1982 άρθρο, Εγκύκλιος 2.
[****] ΚΩΔΙΚΑΣ ΚΑΤΑΤΑΞΗΣ ΕΣΟΔΩΝ ΚΑΙ ΕΞΟΔΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ Ν.Π.Δ.Δ..
[††††] π.χ. Επιχορηγήσεις για Λειτουργικές Δαπάνες, Επιχορηγήσεις για Επενδύσεις ή Αγορές Οικοπέδων και Αγορές Κτιρίων και όχι Αγορές Ακινήτων γενικά.

ευκολότερη αντιστοίχηση τους με τους λογαριασμούς του Διπλογραφικού και συνεπώς την ευκολότερη λειτουργία του. Η τροποποίηση αυτή διευκολύνει στην εξάλειψη ορισμένων ασυμβατοτήτων που παρατηρούνται κατά την συνλειτουργία των δύο κυκλωμάτων, όπως αναλυτικά θα παρουσιαστεί σε επόμενα κεφάλαια.

Στο σημείο αυτό πρέπει να τονιστεί ότι ο Προϋπολογισμός των Ν.Π.Δ.Δ. συντάσσεται για να χρησιμοποιηθεί ως ένα εργαλείο διαχειριστικού ελέγχου και όχι ως ένα σύγχρονο εργαλείο πληροφόρησης και επιδίωξης της επιχειρησιακής ή διοικητικής αποδοτικότητάς του. Εξάλλου η κατάρτιση ενός Προϋπολογισμού περιέχει οπωσδήποτε τη λογιστική αποτύπωση του "κόστους" κάθε μορφής και τον προγραμματισμό για το μέλλον του συνόλου των επιχειρηματικών σχεδίων και δραστηριοτήτων του, όπως αυτά κοστολογούνται και εκφράζονται σε νομισματικές μονάδες. Όμως η έννοια του κόστους δεν υπάρχει στο Δ.Λ. Συντασσόμενος σε ιστορική – απολογιστική βάση, είναι ταμειακός, χωρίς την παραμικρή σύνδεση με εξωτερικούς παράγοντες και χωρίς την συμμετοχή του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στη διαδικασία διαμόρφωσης του οικονομικού σχεδιασμού. Εξαιτίας της ανυπαρξίας πληροφοριών Γενικής και Αναλυτικής Λογιστικής, στερεί το νοσοκομείο από μια σειρά πολύτιμων και σημαντικών πληροφοριών για την άσκηση ορθολογικής διαχείρισης. Έτσι:

- Δεν υπάρχει η δυνατότητα παρακολούθησης των υλικών της αποθήκης μέσω ενός ολοκληρωμένου συστήματος προμηθειών που θα επιτρέπει ανά πάσα στιγμή να γνωρίζουν οι υπηρεσίες του το ύψος των εισαγωγών, των εξαγωγών, των αποθεμάτων του κόστους, των αναλωθέντων κ.λπ.
- Δεν μπορεί να γίνει εσωλογιστική κοστολόγηση και ούτε βέβαια έλεγχος του κόστους σε δραστηριότητες όπως των διαφόρων κλινικών του νοσοκομείου και των τμημάτων από τα οποία αυτές απαρτίζονται, των διαγνωστικών εργαστηρίων, της διακομιδής ασθενών κλπ.
- Δεν προβλέπεται τρόπος παρακολούθησης της διάρθρωσης και αξίας των παγίων περιουσιακών στοιχείων ούτε λαμβάνει υπόψη του τις αποσβέσεις τους. Δεν δίνει τελικό αποτέλεσμα της ετήσιας δραστηριότητος του νοσοκομείου (κέρδος - ζημία), παρά μόνο μία κατηγοριοποίηση των αποτελεσμάτων (Έσοδα – Έξοδα).
- Δεν μπορούν να υπολογισθούν οι απαιτήσεις και οι υποχρεώσεις του ούτε να γίνει διαχωρισμός βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων υποχρεώσεων. Αποτέλεσμα

είναι η ελλιπής παρακολούθηση των χρηματοοικονομικών εξόδων, ενώ δεν παρέχει καμία πληροφορία για τις συναλλαγές του νοσοκομείου,

Στην συνέχεια μέσα από μερικά παραδείγματα θα φανεί η αδυναμία του Δ.Λ. να ανταποκριθεί στις νέες συνθήκες που διαμορφώνονται (ή και διαμορφώθηκαν) και να στηρίξει λογιστικά πληροφοριακά τα Ν.Π.Δ.Δ.

Ενότητα VI.2 – Ωφέλειες από τη χρήση του Διπλογραφικού Συστήματος στη Διαχείριση των Μονάδων Υγείας

Όταν αναφερόμαστε στο Διπλογραφικό Λογιστικό Σύστημα εννοούμε την εισαγωγή της επιστήμης της Γενικής και Αναλυτικής Λογιστικής στον ευρύτερο δημόσιο τομέα που αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους οργανισμούς στην οικονομία ενός κράτους, σε διοικητικό, οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο. Η διανομή και χρήση των διαθέσιμων πόρων από την κυβέρνηση έχει σημαντικό αντίκτυπο στα μέλη της κοινωνίας και καθορίζει την επιτυχία του έργου της.

Η άριστη διανομή και χρήση προϋποθέτει λήψεις αποφάσεων με απαραίτητη την γνώση των δεδομένων του προβλήματος για να είναι αποτελεσματικές. Η συμβολή του Διπλογραφικού είναι καθοριστική όχι μόνο στην άντληση στοιχείων, αλλά και στην ορθή διαχείριση των κοινών πόρων και στην απόδοση ευθυνών. Με την αναγνώριση προβλημάτων και την προειδοποίηση για πιθανά μελλοντικά, η Λογιστική μειώνει την αβεβαιότητα σταθεροποιώντας την οργανωσιακή δομή.

Με την εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου και σύγχρονου λογιστικού συστήματος παρακολούθησης της οικονομικής διαχείρισης ενός Νοσοκομείου δίνεται η δυνατότητα άντλησης πληροφοριών που αφορούν:

- **Τα Πάγια περιουσιακά στοιχεία.** Αυτά καταγράφονται αναλυτικά στο Μητρώο Παγίων, όπου φαίνεται το κόστος κτήσεως, η θέση εγκατάστασης και ο σκοπός απασχόλησης, οι βελτιώσεις, οι προσθήκες καθώς και ο υπολογισμός των αποσβέσεων.

- **Τα Αποθέματα**. Όλα τα υλικά αγαθά που αναλώνονται στο Νοσοκομείο, όπως υγειονομικό και φαρμακευτικό υλικό. Αυτά τηρούνται κατ' είδος στην Γενική Λογιστική και κατά προορισμό στην Αναλυτική Λογιστική με σκοπό την κοστολόγηση.

- **Οι Απαιτήσεις και τα Χρηματικά Διαθέσιμα**. Γίνεται αναλυτική παρακολούθηση των βραχυπρόθεσμων απαιτήσεων (π.χ. από ασφαλιστικούς φορείς), των χρεογράφων και χρηματικών διαθέσιμων.

- **Την Καθαρή Περιουσία και τις Μακροπρόθεσμες Υποχρεώσεις**. Γίνεται ανάλυση της διάρθρωσης των Ιδίων Κεφαλαίων και των επιχορηγήσεων που έχουν ληφθεί για επενδύσεις.

- Τις **Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις**. Η Διοίκηση μπορεί να γνωρίζει σε κάθε στιγμή σε ποιους και πόσα οφείλει.

- **Τα Οργανικά έξοδα και έσοδα κατ' είδος**. Διατίθενται πληροφορίες για όλα τα είδη και το ύψος των εξόδων. Παρακολούθηση των εσόδων ανάλογα με το είδος και την πηγή προέλευσής. Διατίθενται πληροφορίες για το ύψος των εσόδων και εξόδων ανά δραστηριότητα (ανά κλινική, ασφαλιστικό ταμείο προέλευσης ή όπως αλλιώς θέλει να γνωρίζει η Διοίκηση).

- **Υπολογισμός αποτελέσματος** και δυνατότητα παρουσίασης της πραγματικής οικονομικής κατάστασης, ανάλυσης και σύγκρισης των στοιχείων, μέσω της σύνταξης και δημοσίευσης των οικονομικών καταστάσεων (Ισολογισμός και Αποτελέσματα Χρήσεως).

- **Κοστολόγηση Υπηρεσιών Υγείας**. Παρέχεται δυνατότητα εσωλογιστικής κοστολόγησης, μέσα από το σύστημα της Αναλυτικής Λογιστικής. Το κόστος μπορεί να υπολογισθεί ανά κλινική, διαγνωστικό εργαστήριο, εξέταση, ασθενή κλπ. Η βάση του συστήματος κοστολόγησης είναι ο ασθενής ως μονάδα. Παρακολουθείται από την εισαγωγή του, κατά την διάρκεια της νοσηλείας του και μέχρι την έξοδό του από το

νοσοκομείο και την διαχειριστική του τακτοποίηση. Τέλος γίνεται εφικτή η ανάλυση του αποτελέσματος που προκύπτει από την δραστηριότητα του νοσοκομείου.

- Η **εκτέλεση του Προϋπολογισμού εσόδων – εξόδων** και ο **Απολογισμός** παρακολουθείται με το Διπλογραφικό σε ξεχωριστό λογιστικό κύκλωμα. Όλα τα παραπάνω, πλην των δύο τελευταίων, ανήκουν στο κύκλωμα της Γενικής Λογιστικής. Τα υπόλοιπα ανήκουν στο κύκλωμα της Αναλυτικής Λογιστικής και των Λογαριασμών Τάξεως.

Για τις Μονάδες Υγείας, μέσα από την εφαρμογή του Διπλογραφικού, γίνεται προσπάθεια για την αριστοποίηση της διαχείρισης του δημοσίου χρήματος και γενικότερα των πόρων που διατίθενται στην υγεία. Παράλληλα η παραγωγή και η διάθεση πληροφοριών στα διοικητικά όργανα των νοσοκομείων θα συμβάλλει στην λήψη ορθότερων αποφάσεων που σίγουρα θα επηρεάσουν την αποδοτικότητα και εν γένει την ευρωστία και ανάπτυξη των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας. Τέλος, επιτυγχάνεται η απλούστευση και αποτελεσματικότητα κάθε είδους ελέγχων (διαχειριστικών, φορολογικών, ελεγκτικών).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Διαφορές Απλογραφικού - Διπλογραφικού

ΑΠΛΟΓΡΑΦΙΚΟ	ΔΙΠΛΟΓΡΑΦΙΚΟ
Απλή καταγραφή εσόδων - εξόδων	Διπλοεγγραφές (χρέωση – πίστωση) στη Γενική Λογιστική (λογαριασμοί για ενεργητικό – παθητικό)
Κοστολόγηση με βάση τα διεκπεραιωμένα έξοδα (δηλαδή τις πληρωμές)	Κοστολόγηση με βάση τα διαπιστωμένα έξοδα (όσα δηλαδή έχουν αναληφθεί) στη Γενική Λογιστική (ομάδα 6) και την Αναλυτική Λογιστική (ομάδα 9)
Έσοδα μόνο όταν εισπράττονται	Έσοδα όταν διαπιστώνονται (ομάδα 7) – παρακολούθηση εισπράξεων (ομάδα 3)
Καμιά (σχεδόν) παρακολούθηση αποσβέσεων - μηχανημάτων	Εγγραφή κάθε εξοπλισμού (ομάδα 1) και απόσβεσης αυτού στα έξοδα (6)
Ελλιπής λογιστική παρακολούθηση αποθεμάτων - αναλώσιμων	Πλήρης λογιστική καταγραφή και παρακολούθηση αποθεμάτων - αναλώσιμων (ομάδα 2)
Αδυναμία πλήρους κοστολογικής οργάνωσης και κοστολόγησης ανά κέντρο ή φορέα κόστους (ιδιαίτερα των έμμεσων-επιμεριζόμενων εξόδων)	Πλήρης κοστολογική οργάνωση και κοστολόγηση ανά κέντρο ή φορέα κόστους (Αναλυτική Λογιστική – 92 – κέντρα κόστους)
Αδυναμία αποτελεσματικής παρακολούθησης προϋπολογισμού και σύνταξης σωστών απολογισμών	Πλήρης και ανεξάρτητη παρακολούθηση προϋπολογισμών μέσω λογαριασμών τάξεως (έναρξη διπλογραφίας στα δημόσια νοσοκομεία, 02. έξοδα, 06. έσοδα)

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ - ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ

ΑΣΚΗΣΕΙΣ

ΑΣΚΗΣΗ 1

Από την μελέτη των οικονομικών αποτελεσμάτων μιας ψυχιατρικής κλινικής 137 κλινών προκύπτουν τα παρακάτω δεδομένα:

Συνολικά έσοδα	€6.000.000	Σταθερά έξοδα	€4.800.000
		Μεταβλητά έξοδα	€1.000.000
		Κέρδος χρήσης	€200.000
Συνολικά έσοδα	€6.000.000	Συνολικά έξοδα	€6.000.000

Υποθέστε ότι το κλειστό ημερήσιο νοσήλιο με βάση το οποίο αμείβεται η κλινική είναι καθορισμένο στα €150.

- Να βρεθεί το μέσο ετήσιο ποσοστό κάλυψης κλινών, πάνω από το οποίο η κλινική επιτυγχάνει κέρδη, εφόσον ισχύουν τα παραπάνω δεδομένα.

ΑΣΚΗΣΗ 2

Το νοσοκομείο Α διαθέτει 240 κλίνες (στον οργανισμό του), εκ των οποίων μόνο το 80% είναι σε ανάπτυξη (σε λειτουργία).

Βάσει του αριθμού των ανεπτυγμένων κλινών, οι οργανικές προβλεπόμενες θέσεις σε ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό είναι πλήρως καλυμμένες.

Υποθέτουμε ότι:

(α) ο μέσος όρος κάλυψης των ανεπτυγμένων κλινών είναι 75%, και

(β) η μέση διάρκεια νοσηλείας είναι 5 ημέρες.

- Πόσοι επιπλέον ασθενείς μπορούν να νοσηλευθούν ετησίως στο νοσοκομείο χωρίς ανάπτυξη νέων κλινών, χωρίς προσλήψεις πρόσθετου προσωπικού, χωρίς υποβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών και χωρίς μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας;

ΑΣΚΗΣΗ 3

Δίνεται ο παρακάτω πίνακας από το Επιχειρησιακό Σχέδιο Δράσης ενός γενικού νοσοκομείου που παρουσιάζει την αναπτυξιακή πορεία του Χειρουργικού Τομέα την περίοδο 2001-2006.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ						
ΔΕΙΚΤΕΣ	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**
Ιατρικό προσωπικό	32	46	53	57	63	64
Νοσηλευτικό προσωπικό	48	56	63	66	69	70
Άλλο προσωπικό	30	34	44	53	56	60
Αριθμός κλινών	181	178	178	180	179	172
Νοσηλευθέντες	4130	6090	7034	7149	8150	8076
Ημέρες Νοσηλείας	26932	37295	45809	44626	51014	52053
Χειρουργικές επεμβάσεις	2195	2985	3402	3913	4179	4784
Μέση Διάρκεια Νοσηλείας						
% Κάλυψης κλινών						
Ρυθμός εισροής[1]						
Διάστημα Εναλλαγής[2]						

[1] ***Ρυθμός Εισροής*** είναι ο μέσος αριθμός ασθενών που δέχεται η κάθε κλίνη ανά έτος.
[2] ***Διάστημα Εναλλαγής*** είναι ο μέσος χρόνος (σε ημέρες) που μένει κενή μια κλίνη μεταξύ δυο νοσηλευόμενων.

1. Συμπληρώστε τον παραπάνω πίνακα.
2. Υποθέστε στη συνέχεια ότι κάποιο άλλο νοσοκομείο κατά το έτος 2006 είχε στον αντίστοιχο τομέα 96 ιατρούς, 105 νοσηλευτές, 90 λοιπούς εργαζόμενους και 258 κλίνες, ενώ ο αριθμός νοσηλευθέντων ασθενών ήταν 16152, οι ημέρες νοσηλείας 104106 και οι χειρουργικές επεμβάσεις 9568. Συγκρίνεται τα αποτελέσματα των δυο νοσοκομείων και σχολιάστε.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

ΕΡΩΤΗΜΑ 1

Αναφέρετε τα βασικά χαρακτηριστικά και τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα δύο μεθόδων προοπτικής χρηματοδότησης των νοσοκομείων: των ομοειδών διαγνωστικών ομάδων (DRGs) και του σφαιρικού προϋπολογισμού.

- Ποια μέθοδο από τις δύο θα συνιστούσατε ως πλέον κατάλληλη για τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων του ΕΣΥ και γιατί;

ΕΡΩΤΗΜΑ 2

Στο Υπουργείο Οικονομικών ασκούνται πιέσεις από δύο Υπουργεία ταυτόχρονα. Το Υπουργείο Υγείας επιθυμεί να διατεθεί ένα δεδομένο ποσό για την αγορά συστημάτων τηλεϊατρικής για νησιά της χώρας τα οποία έχουν ανεπαρκείς ή ανύπαρκτες δομές υπηρεσιών υγείας. Παρόμοιου ύψους ποσό διεκδικεί το Υπουργείο Δημοσίων Έργων για την υλοποίηση προγράμματος με σκοπό τη διάνοιξη σήραγγας στα Τέμπη, η οποία θα συμβάλει στη μείωση των ατυχημάτων στο σημείο εκείνο και σε εξοικονόμηση χρόνου για τους ταξιδιώτες. Υποθέστε ότι το Υπουργείο Οικονομικών επιθυμεί την υλοποίηση μίας μόνο από τις δύο αυτές επιλογές και σας ζήτησε να προχωρήσετε στην οικονομική αξιολόγησή τους.

- Ποιες μεθόδους οικονομικής αξιολόγησης θα εφαρμόζατε στην περίπτωση αυτή και γιατί; Ποια κόστη και ωφέλειες θα επιχειρούσατε να αποτιμήσετε;

- Νομίζετε ότι η εφαρμογή κάποιας από αυτές τις μεθόδους στην πράξη θα αντιμετώπιζε περισσότερες δυσκολίες από την άλλη; Δικαιολογήστε την απάντησή σας.

ΕΡΩΤΗΜΑ 3

Στην Ελλάδα οι επιδημιολογικές έρευνες δείχνουν ότι (α) η θνησιμότητα στις κοινωνικο-οικονομικά ανώτερες τάξεις είναι χαμηλότερη από ό,τι στις κατώτερες, και ότι (β) η παιδική θνησιμότητα και η θνησιμότητα από λοιμώδη νοσήματα είναι υψηλότερη σε περιοχές με χαμηλό κατά κεφαλήν εισόδημα από ό,τι σε περιοχές υψηλού εισοδήματος.

- Αναφέρατε τις πολιτικές με τις οποίες μπορούν να περιοριστούν οι παραπάνω υγειονομικές ανισότητες λαμβάνοντας υπόψη όσα γνωρίζετε για τους προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας.

- Ιεραρχήστε τις προτεινόμενες πολιτικές για την καταπολέμηση των ανισοτήτων στην υγεία που αναφέρονται στην εκφώνηση σύμφωνα με τη σχετική αποτελεσματικότητά τους.

ΕΡΩΤΗΜΑ 4

Η ασφάλιση υγείας στις ΗΠΑ πραγματοποιείται κυρίως μέσω της ιδιωτικής αγοράς. Παρά την ταυτόχρονη ύπαρξη κάποιων κρατικών προγραμμάτων ασφάλισης, υπάρχουν στη χώρα αυτή 45,8 εκατομμύρια ανασφάλιστων πολιτών.

- Ποια ακριβώς αποτυχία της αγοράς ευθύνεται για την κατάσταση αυτή;
- Ποια μέτρα πολιτικής προτείνει η οικονομική ανάλυση του αγαθού υγεία για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ανασφαλίστων;

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ
ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ
(ΟΜΑΔΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ)

ΕΦΑΡΜΟΓΗ:

Αξιολόγηση ενός νοσοκομείου

(Στόχος: υποθέσεις αποδοτικότητας ενός νοσοκομείου από την υιοθέτηση νέων προγραμμάτων σε ιατρικό-νοσηλευτικό, οικονομικό-διαχειριστικό και οργανωτικό-διοικητικό επίπεδο)

Έστω το Νοσοκομείο Α με τους παρακάτω δείκτες εισροών και εκροών το έτος (t) 2008

B	Νοσοκομειακές κλίνες	679
P	Αριθ. Νοσηλευομένων (εισαγωγών)	28.926
Pt	Αριθ. Απασχολουμένων	1.578
Pd	Συνολικές ημέρες νοσηλείας	183.090
Ct	Συνολικό κόστος λειτουργίας	10.426.975.000
Cd/p	Ημερήσιο κόστος ανά ασθενή	56.950
Tm	Μ.Δ.Ν.	6,33
Io	Κάλυψη (%) νοσηλευτικών κλινών	73,88

Σενάριο 1^{ο}:

Αν με νέες οργανωτικό-διοικητικές μεταρρυθμίσεις επιδιώξουμε το 2009 μείωση της Μ.Δ.Ν. κατά 1 ημέρα και αύξηση της κάλυψης κατά 6,12 ποσοστιαίες μονάδες, με διατήρηση των δαπανών στο επίπεδο του 2008 τότε, με νέα βασικά δεδομένα τα παρακάτω:
Μ.Δ.Ν. (Tm): 5,33
Κάλυψη (Io): 80%

Α) Ποιος προβλέπεται να είναι ο νέος αριθμός εισαγωγών στο Νοσοκομείο;

Β) Έχοντας υπ’ όψιν σας τα δεδομένα της αρχικής υπόθεσης και τα νέα δεδομένα, προβείτε σε σύγκριση των δεικτών παραγωγής και αποδοτικότητας των ετών 2008 και 2009.

Σενάριο 2^{ο}:

Αν αυξηθεί το κόστος κατά 4% από την εισαγωγή νέας βϊοιατρικής τεχνολογίας με ταυτόχρονη μείωση της Μ.Δ.Ν. κατά 1,2 ημέρες και αύξηση της κάλυψης κατά 4,82 ποσοστιαίες μονάδες, αύξηση θνησιμότητας από 2% σε 3% και μείωση της θνησιμότητας από ατυχήματα από 40 θανάτους σε 25 θανάτους ανά 10.000 κατοίκους, τότε με τα νέα δεδομένα σχολιάστε τους δείκτες παραγωγής και αποδοτικότητας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΘΕΜΑΤΑ ΣΥΖΗΤΗΣΗΣ

Επιπλέον Υλικό για τον Ελεύθερο χρόνο σας!!

Επτά μεταρρυθμίσεις που μπορούν να γεφυρώσουν τις φαινομενικά αντικρουόμενες έννοιες της προσφοράς και της ζήτησης

Των Jean P. Drouin, Viktor Hediger, Nicolaus Henke, Ludwig Kanzler, και Paolo De Santis*

Είναι ευρέως γνωστό ότι οι δαπάνες Υγείας αυξάνονται με ταχύ ρυθμό στις περισσότερες χώρες. Πολλές κυβερνήσεις λαμβάνουν μέτρα συγκράτησής τους, ωστόσο είναι δύσκολο να επιλέξουν πάντα τις σωστές δράσεις και να μετρήσουν το αποτέλεσμά τους. Το κατωτέρω πλαίσιο δράσης σκιαγραφεί επτά τομείς μεταρρύθμισης -κατηγοριοποιημένους σε ‘προσφορά’ και ‘ζήτηση’ υπηρεσιών υγείας- οι οποίοι αποδεδειγμένα μπορούν να οδηγήσουν σε μείωση των δαπανών χωρίς να επηρεάσουν αρνητικά την ποιότητά τους.

1. **Αποδοτικότητα**

Τα συστήματα Υγείας πρέπει να είναι στελεχωμένα με το σωστό αριθμό προσωπικού και εξοπλισμένα με ικανό επίπεδο τεχνικού εξοπλισμού για να λειτουργούν αποδοτικά. Ωστόσο, ο καθορισμός του ακριβούς αριθμού των απαιτούμενων ειδικοτήτων μπορεί να επηρεαστεί μόνο έμμεσα και μεσοπρόθεσμα, π.χ. μέσω δημιουργίας ή εξάλειψης σχολών, κινήτρων και θέσεων εργασίας. Το αποτέλεσμα είναι ότι πολλές χώρες έχουν ελλείμματα ή πλεονάσματα σε σημαντικές ειδικότητες. Ενδεικτικά, η Ιαπωνία έχει 7% περισσότερους ορθοπεδικούς, αλλά και 7% λιγότερους αναισθησιολόγους από συγκρίσιμες χώρες. Αντίστοιχα, η αποδοτική εκμετάλλευση υποδομής και εξοπλισμού αποτελεί βασική προϋπόθεση ελέγχου του κόστους και ποιότητας υπηρεσίας, π.χ. η αντιμετώπιση οξέων εγκεφαλικών επεισοδίων στο Λονδίνο βελτιώθηκε με την αναβάθμιση του εξοπλισμού και στελέχωσης ενός μικρού αριθμού μονάδων 24ωρης λειτουργίας, σε σχέση με την πρότερη προσπάθεια αξιοποίησης όλων των νοσοκομείων της πόλης.

2. **Βελτιστοποίηση δαπανών**

Οι δαπάνες παροχής υπηρεσιών Υγείας διαφέρουν σημαντικά από χώρα σε χώρα. Η μέση νοσηλεία σε νοσοκομείο στις ΗΠΑ κοστίζει 12.833 ευρώ, ενώ στη Γερμανία 3.671 ευρώ. Επιπλέον, οι δαπάνες διαφέρουν σημαντικά και εντός των ιδίων συστημάτων Υγείας, π.χ. σε τέσσερα περιφερειακά νοσοκομεία της Αγγλίας το κόστος νοσηλείας διαφέρει έως και 60% για συγκρίσιμα περιστατικά. Δράσεις, όπως η θέσπιση εθνικών «τιμοκαταλόγων» για κάθε υπηρεσία (Αγγλία), η θέσπιση «ανταγωνισμού» μεταξύ νοσοκομείων (Αγγλία και Γερμανία) ή η ιδιωτικοποίηση ορισμένων νοσοκομείων (Γερμανία) είναι ενδεικτικές των τάσεων στον τομέα αυτό.

3. **Διασφάλιση ποιότητας.**

Οπως οι δαπάνες έτσι και η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών μεταξύ νοσοκομείων, περιφερειών και κρατών διαφέρει σημαντικά. Εντός της ίδιας γεωγραφικής περιφέρειας νοσηλευτήρια «υψηλής ποιότητας» εμφανίζουν 3-4 φορές χαμηλότερες επανεισαγωγές ασθενών σε σχέση με αντίστοιχα νοσηλευτήρια «χαμηλής απόδοσης» (για τα ίδια περιστατικά). Το πλέον κρίσιμο βήμα για τη διασφάλιση των υπηρεσιών είναι η ανάπτυξη και συστηματική μέτρηση δεικτών ποιότητας (π.χ. επανεισαγωγές) ανά νοσοκομείο, υπηρεσία, ακόμα και γιατρό, η οποία προϋποθέτει και τις ανάλογες επενδύσεις σε πληροφορικά συστήματα, και η συνακόλουθη λήψη διορθωτικών δράσεων.

4. **Πρόληψη Δράσεις**

Όπως η προώθηση υγιεινής διαβίωσης σε αναπτυσσόμενες οικονομίες, η παροχή ευρείας κλίμακας εμβολιασμών, ακόμα και η συνεργασία με εργοδότες για πρόληψη πνευματικών διαταραχών εργαζομένων αποφέρουν σημαντικά αποτελέσματα. Οι περισσότερες χώρες ξοδεύουν μόνο το 1%-3% των προϋπολογισμών τους Υγείας σε θέματα πρόληψης, όταν είναι πεποίθηση ότι οι επενδύσεις αυτές έχουν πολλαπλά οφέλη.

5. **Ενσυνείδητη χρήση**

Ένα σύστημα Υγείας λειτουργεί σωστά όταν οι ασθενείς είναι σε θέση να επιλέξουν βέλτιστα μεταξύ των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η επιλογή αυτή γίνεται σωστά μόνο όταν υπάρχει η απαραίτητη πληροφορία και τα κατάλληλα κίνητρα. Στη Νορβηγία από το 2003 οι πολίτες μπορούν να επιλέγουν το νοσοκομείο για τη θεραπεία τους, έχοντας πρόσβαση από το Διαδίκτυο σε δείκτες ποιότητας και χρόνου αναμονής ανά νοσοκομείο. Στη Σιγκαπούρη ένας ασθενής σε δίκλινο δωμάτιο λαμβάνει μερική αποζημίωση, ενώ σε μονόκλινο δωμάτιο στο ίδιο νοσηλευτήριο οφείλει να καταβάλλει το πλήρες ποσό της διαμονής και περίθαλψής του.

6. **Βιώσιμοι μηχανισμοί χρηματοδότησης**

Πολλές κυβερνήσεις επανεξετάζουν τους τρόπους χρηματοδότησης των συστημάτων Υγείας. Ορισμένα συστήματα βασίζονται στη συμμετοχή των ασθενών στη δαπάνη περίθαλψης. Χαρακτηριστικό είναι και πάλι το παράδειγμα της Σιγκαπούρης, όπου μόνο το 25% της χρηματοδότησης προέρχεται από δημόσιους πόρους, ενώ το υπόλοιπο από προσωπικούς «αποταμιευτικούς λογαριασμούς Υγείας», εργοδοτικές εισφορές και ασφάλιση. Ως εκ τούτου η χώρα δαπανά μόνο το 4% του ΑΕΠ στην Υγεία για ένα προσδόκιμο ζωής 77 ετών, συγκρίσιμο με αυτό των ΗΠΑ.

7. **Σύνδεση «προσφοράς» και «ζήτησης» υπηρεσιών**

Η τιμολόγηση υπηρεσιών και το κανονιστικό πλαίσιο αποτελούν τους πιο σημαντικούς παράγοντες ρύθμισης της σχέσης αυτής. Στον 20ό αιώνα η έννοια της τιμολόγησης υπηρεσιών ατόνησε, με βασικό στόχο την ισότητα πρόσβασης στην Υγεία. Αυτό βεβαίως έκανε τις υπηρεσίες Υγείας πιο προσιτές, ωστόσο κατέστησε τα συστήματα Υγείας λιγότερο «διαφανή» και ικανά να μετρήσουν το πραγματικό τους κόστος. Τα τελευταία χρόνια γίνεται μια προσπάθεια αναστροφής αυτής της τάσης, με τα

νοσηλευτήρια να χρηματοδοτούνται βάσει των περιστατικών και της ποιότητάς τους ή τη δημιουργία «αυτόνομων» λογιστικά μονάδων εντός των νοσηλευτικών ιδρυμάτων με ευθύνη για τον ισολογισμό τους.

Η αύξηση της αποδοτικότητας στα συστήματα Υγείας αποτελεί πιεστική ανάγκη αν λάβουμε υπόψη τη ταχεία αύξηση του κόστους και τις δημογραφικές τάσεις. Οι θεμελιώδεις δυνάμεις που ορίζουν την «προσφορά» και τη «ζήτηση» των σχετικών υπηρεσιών μπορούν να αποτελέσουν ένα αποτελεσματικό πλαίσιο σχεδιασμού πολιτικών και λήψης αποφάσεων.

* Ο Jean Drouin και ο Nicolaus Henke είναι Principal και Director στο γραφείο της McKinsey στο Λονδίνο. Ο Viktor Hediger είναι Principal στο γραφείο του Ντουμπάι, ο Ludwig Kanzler είναι Associate Principal στο Τόκιο και ο Paolo De Santis είναι Principal στο γραφείο της McKinsey της Ρώμης.

V. Σχολιασμός του άρθρου "A re-examination of the meaning and importance of supplier – induced demand".
(R. Labelle, G. Stoddart, T. Rice, Journal of Health Economics, 13 (1994) 347 – 368.

ΕΛΕΥΘΕΡΗ ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ
«*Επανεξέταση της σημασίας και της σπουδαιότητας της προκλητής ζήτησης των προμηθευτών*».

Στο άρθρο αυτό οι ερευνητές προσπάθησαν να δώσουν ένα διαφορετικό ορισμό της προκλητής ζήτησης σε σχέση με άλλες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στο παρελθόν. Ύστερα από βιβλιογραφικές αναφορές προηγούμενων ερευνών κατέληξαν ότι ίσως θα έπρεπε να δοθεί ένας διαφορετικός ορισμός στην θεωρία της προκλητής ζήτησης και σύμφωνα με αυτόν να εξετασθεί αν στην πραγματικότητα οι ιατροί προκαλούν αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίας υγείας (περισσότερες διαγνωστικές εξετάσεις) με σκοπό την υψηλότερη αμοιβή τους.

Επιπλέον εξετάζεται αν τελικά επηρεάζεται η υγεία τον ασθενών από την προκλητή ζήτηση και πιο συγκεκριμένα αναλύουν την χρησιμότητα του αποτελέσματος της υγείας των ασθενών από την προκλητή ζήτηση. Αναφέρονται επίσης στην ανάγκη από την πλευρά του κράτους να εξετάσει τους διαφορετικούς τύπους ή ορισμούς της προκλητής ζήτησης πριν λάβει μέτρα για την αντιμετώπιση του φαινόμενου αυτού. Με άλλα λόγια η κρατική ρυθμιστική παρέμβαση θα πρέπει πρώτα να ερευνά τους λόγους που συμβαίνει η προκλητη ζήτηση και κατόπιν να θεσμοθετεί μέτρα που θα εξαλείψουν το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης, ενώ υποστηρίζουν ότι σε αντίθετη περίπτωση κανένα μέτρο δεν θα μπορέσει να αντιμετωπίσει το φαινόμενο αυτό.

Εν συνεχεία γίνονται αρκετές αναφορές στους διαφορετικούς ορισμούς που έχουν δοθεί από προηγούμενες ερευνητές σύμφωνα με κάποια συγκεκριμένα κριτήρια. Καταλήγουν ότι υπάρχουν δυο ομάδες ερευνητών που ερευνούν τη προκλητη ζήτηση αναζητώντας είτε θετικά είτε αρνητικά κριτήρια. Σύμφωνα με τον Hadley (1989) οι γιατροί προκαλούν την ζήτηση των ασθενών για περισσότερη φροντίδα σε μια συγκεκριμένη τιμή. Πιστεύει ότι θα πρέπει να ορίσουν τις τιμές σε ένα σημείο όπου ο ασθενής θα καταλάβει την χρησιμότητα της φροντίδας υγείας χωρίς να ρίξουν αναγκαστικά τις τιμές (κόστος των υπηρεσιών). Αντίθετα κάποιοι άλλοι ερευνητές δίνουν έναν ορισμό της προκλητής ζήτησης με αρνητικά κριτήρια. Σύμφωνα με τον Stano (1985), εξετάζεται αν στην πραγματικότητα οι γιατροί έχουν επηρεάσει την αγορά μειώνοντας το μέγεθος των πρακτικών τους. Επιπλέον, ο Monsa πιστεύει ότι η ασύμμετρη πληροφόρηση οδηγεί σε αποτυχία της αγοράς και μη ορθολογικές ιατρικές υπηρεσίες από τους ιατρούς. Σημαντική αναφορά γίνεται στην σημασιολογία των λέξεων όπως «πρόκληση» (induced) στην οποία θεωρούν ότι δεν σημαίνει απαραίτητα ότι έχει αρνητική έννοια. Στο λεξικό (Oxford English Dictionary) η ερμηνεία της λέξης αρχίζει με το ρήμα «οδηγώ» (to lead) το οποίο έχει θετική έννοια.

Η κυρίως έρευνα επικεντρώνεται στον ορισμό ενός πίνακα που ορίζουν την προκλητή ζήτηση από διαφορετικές πλευρές ή διαστάσεις. Πιστεύουν ότι η ταυτόχρονη εξέταση της επιρροής του προμηθευτή και της επιρροής των υπηρεσιών θα δώσει ένα ολοκληρωμένο ορισμό της προκλητής ζήτησης όπως επίσης θα διαπιστωθεί αν τελικά η προκλητη ζήτηση έχει θετικά αποτελέσματα στην βιωσιμότητα του ασθενούς. Δυο είναι τα κύρια ερωτήματα που διαμορφώνουν τον πίνακα:

1). Θα είχαν προκαλέσει την ζήτηση για επιπλέον εξετάσεις οι ασθενείς αν γνώριζαν κάθε πληροφορία σχετικά με την ασθένεια τους? και
2). Οι επιπλέον υπηρεσίες που παρασχέθηκαν βελτίωσαν την υγεία των ασθενών?

Ο πίνακας που στηρίζεται στα δυο αυτά ερωτήματα δίνει έξι διαφορετικούς ορισμούς ή ερμηνείες της προκλητής ζήτησης. Για παράδειγμα, στην πρώτη περίπτωση η επιπλέον θεραπεία θα κάνει καλό στην υγεία τους ασθενούς και ο ίδιος αν είχε την πληροφόρηση θα επέλεγε την επιπλέον θεραπεία. Ενώ στη δεύτερη περίπτωση η επιπλέον θεραπεία κάνει καλό στην υγεία τους ασθενούς αλλά δεν θα την επέλεγε έστω και αν ήταν σωστά ενημερωμένος γιατί πιστεύει ότι θα ήταν το ίδιο καλά στην υγεία του όπως πριν.

Τα συμπεράσματα της έρευνας καταλήγουν ότι θα πρέπει οι σχεδιαστές πολιτικών της υγείας να βρουν τη κατάλληλη ισορροπία στη σχέση του ιατρού - ασθενή και στην συνέχεια να παίρνουν αποφάσεις για τη μείωση της προκλητής ζήτησης. Δεύτερον, παροτρύνουν στις μελλοντικές έρευνες να εξετασθεί το σημείο στο οποίο η προκλητή ζήτηση φτάνει να είναι χρήσιμη για την υγεία του ασθενούς καθώς επίσης και το σημείο που ο ίδιος ο ασθενής θεωρεί ότι θα υπάρχει χρησιμότητα από επιπλέον θεραπεία. Τρίτον, η μελέτη δίνει ιδιαίτερη έμφαση σε διευκρινήσεις που αφορούν στο ρόλο που θα πρέπει να έχουν οι ιατροί σύμφωνα με τους ασθενείς, τους σχεδιαστές πολιτικών υγείας και την κοινωνία γενικότερα. Χαρακτηριστικά αναφέρουν τρεις ρόλους που μπορεί να έχει ο ιατρός:

α) να ως απλός σύμβουλος επικοινωνίας για την ιατρική πληροφόρηση των ασθενών,
β) ως κριτής της χρησιμότητας εξτρα εξετάσεων για την υγεία του ασθενούς,
γ) ως διαχειριστής της διάθεσης των σπανίων πόρων.
Τέταρτων, αν οι ρυθμιστές των πολιτικών υγείας έχουν σκοπό την εξάλειψη της προκλητής ζήτησης εξαιτίας των υψηλών αμοιβών του ιατρών δεν θα πρέπει να αγνοούν την έλλειψη πληροφόρησης που μπορεί να έχουν οι γιατροί, οι ασθενείς ή και οι δύο για την ασθένεια.

Οι ερευνητές καταλήγουν ότι το κράτος θα πρέπει να αναλάβει δράσεις (πολιτικές) για το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης λαμβάνοντας υπόψη τους την χρησιμότητα της αυξημένης ζήτησης στην βελτίωση της υγείας του ασθενούς και αναφέρονται χαρακτηριστικά στην ποικιλομορφία των ρυθμιστικών παρεμβάσεων που θα πρέπει να υιοθετηθούν έτσι ώστε να αποτελέσουν ουσιαστικά μέτρα στην βελτίωση της υγείας των ασθενών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Θεοδώρου Μ., 1999, «Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις» Τόμος Γ, ΕΑΠ
2. Καθαράκη Μ., «Ποσοτική Ανάλυση στην Άσκηση Διοίκησης: Εφαρμογές Γραμμικών Προτύπων», εκδ. Σταμούλης, 2007.
3. Καριώτης Π., «Management Υπηρεσιών υγείας & Βιοϊατρική Τεχνολογία», εκδόσεις euroclinica, Αθήνα, 1992
4. Λιαρόπουλος Λ., 2007, «Οργάνωση Υπηρεσιών υγείας & Συστημάτων Υγείας», εκδ. ΒΗΤΑ, Αθήνα
5. Ματσαγγάνης Μάνος, "Οικονομία και πολιτική υγείας στις χώρες της ΕΕ", Διδακτικές σημειώσεις, Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2007
6. Νιάκας Δ., "Η αξιολόγηση ως Προϋπόθεση Αποτελεσματικής Διαχείρισης του ΕΣΥ", Επιθεώρηση Υγείας Μάρ.- Απρ. 1999, σελ 9-11
7. Οικονόμου Ν.Α., Τούντας Γ., «Αξιολόγηση της αποδοτικότητας στον χώρο της υγείας», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2007, 24(1):34-47
8. Σιγάλας Ι., «Ο εκσυγχρονισμός των ελληνικών νοσοκομείων: προϋπόθεση απαραίτητη για την επιτυχία της υγειονομικής μεταρρύθμισης», Επιθεώρηση Υγείας, Αθήνα, 1997, τόμος 8, τεύχος 44, σ.81-85
9. Σούλης Σ., (1999), «Οικονομική της Υγείας», εκδ. Παπαζήση, Αθήνα
10. Σουλιώτης Κ., «Πολιτική και Οικονομικά της Υγείας», Εκδόσεις Παπαζήση, 2006